

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

N°

66

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 28 novembre 1901 à 1 heure

par

Pierre ZARZYCKI

Né à Nogent-le-Roi (Eure-et-Loir) le 7 janvier 1874.

Ancien externe des hôpitaux

ÉTUDE

SUR LES

CORNES PALPÉBRALES

Président : M. CORNIL, professeur.

*Juges : } MM. BUDIN, professeur.
BONNAIRE et JEANSELME, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

L. BOYER

15, rue Racine, 15

1901

66

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

83



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550231_0049

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 28 novembre 1901 à 1 heure

par

Pierre ZARZYCKI

Né à Nogent-le-Roi (Eure-et-Loir) le 7 janvier 1874.

Ancien externe des hôpitaux

ÉTUDE

SUR LES

CORNES PALPÉBRALES

Président : M. CORNIL, professeur.

*Juges : } MM. BUDIN, professeur.
BONNAIRE et JEANSELME, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

L. BOYER

15, rue Racine, 15

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.	BRISSAUD.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.	BERGER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	N.....
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée	DEJERINE.
	CHANTEMESSE.
Clinique médicale.	LANDOUZY.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
	GRANCHER.
Maladie des enfants.	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.	TERRIER.
Clinique chirurgicale.	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.	DE LAPPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchements.	BUDIN.
Clinique gynécologique	PINARD.
Clinique chirurgicale infantile	POZZI.
	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD	DESGREZ	LANGLOIS	RICHARD
AUVRAY	DUPRE	LAUNOIS	TEISSIER
BESANÇON	FAURE	LEGRY	THIERY
BONNAIRE	GILLES DE LA	LEGUEU	THIROLOIX
BROCA (Aug.)	TOURETTE	LEPAGE	THOINOT
BROCA (André)	GOSSET	MARION	VAQUEZ
CHASSEVANT	GOUGET	MAUCLAIRE	WÄLLICH
CUNEO	GUIART	MERY	WALTER
DEMELIN	HARTMANN	POTOCKI	WIDAL
	JEANSELME	RENON	WURTZ

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL, agrégé

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

hommage d'affection filiale.

A MON FRÈRE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MES MAÎTRES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CORNIL

Professeur d'Anatomie pathologique
à la Faculté de Médecine de Paris.
Médecin de l'Hôtel-Dieu
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'Honneur

Respectueux hommages et profonds remerciements pour l'honneur qu'il a fait à son élève tout dévoué, en acceptant la présidence de cette thèse.

A la fin de notre scolarité médicale, nous ne pouvons oublier les noms des maîtres éminents qui ont été nos guides jusqu'alors. Nous tenons à les assurer tous de notre profonde et sincère reconnaissance.

Que dès maintenant, il nous soit permis de remercier M. le Dr Babinski, médecin de la Pitié, de la sympathie qu'il nous a témoignée et dont nous lui serons toujours très reconnaissant.

Nos remerciements bien vifs à M. le Dr Albert Terson, ancien chef de clinique ophtalmologique à l'Hôtel-Dieu qui nous a engagé à choisir ce sujet de thèse et nous a confié deux observations inédites prises à sa clinique. Nous n'oublierons jamais la bienveillance et les sages conseils dont il a été prodigue à notre égard.

Au début de nos études médicales nous suivîmes en qualité de bénévole le service de M. le Dr Rendu, médecin de l'hôpital Necker, de M. le Dr Le Dentu, chirurgien de cet hôpital ;

Notre première année d'externat dans le service de M. le Dr Félizet nous permit d'acquérir non-seulement de précieuses connaissances de chirurgie générale mais aussi des notions spéciales de chirurgie infantile ;

Notre seconde année a été consacrée à la médecine dans le service de M. le Dr Bécère à l'hôpital Saint-Antoine, où nous avons reçu l'enseignement de la radioscopie et de la radiographie ;

Notre troisième année s'est passée dans le service

de M. le Professeur Cornil, à qui nous devons la plus large part de nos connaissances anatomo-pathologiques;

A ces maîtres distingués qui nous ont toujours témoigné un vif intérêt dont nous sommes légitimement fier et dont nous tenons ici à les remercier, nous joindrons encore les noms de certains autres qui eux aussi nous ont donné des marques de sympathie dans les rapports d'études que nous avons eus avec eux. MM. les Docteurs Mauclaire, Legueu, Marion, Demoulin, Champetier de Ribes, Caussade, Delaunay, Rousseau, Robin-Massé.

Nous avons aussi gardé un vivant souvenir des leçons de l'illustre clinicien d'hier, M. le Professeur Panas, ex-chirurgien de la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu, ainsi que de la condescendance aimable avec laquelle son chef de clinique d'alors, M. le Dr Terrien répondait à nos questions de débutant.

Nos remerciements aussi à MM. les Drs Chatelier et Viollet qui nous ont initié à l'étude de la Laryngologie et de l'Otologie ;

A M. le Dr Lermoyez, médecin de l'hôpital Saint-Antoine qui a bien voulu nous accepter comme externe dans son service et dont les judicieux conseils ne nous ont jamais fait défaut.

A M. le Dr Sébilleau, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux, pour les connaissances spéciales dont il nous a fait profiter lors de son séjour dans le service.

Que M. le Dr Michaux, chirurgien des hôpitaux, et M. le Dr Menetrier, professeur à la Faculté de médecine de Paris, reçoivent ici l'affectueuse assurance de notre profonde gratitude.

Il nous est doux de remercier également ces amis dévoués dont l'amitié nous fut toujours précieuse :

M. le Dr L. Cocquelet, ancien interne des hôpitaux qui nous aida souvent de ses affectueux conseils,

M. le Dr A. Monthus, chef du Laboratoire d'Ophtalmologie de la Faculté, pour l'amical concours qu'il nous a donné dans les coupes microscopiques de notre tumeur, dont il a bien voulu se charger.

ETUDE

SUR LES

CORNES PALPÉBRALES

INTRODUCTION

Les cornes palpébrales sont des tumeurs formées principalement de tissus dermo-épidermiques, très saillantes et formant des proéminences.

Elles doivent leur nom à leur analogie parfois frappante avec les cornes des ruminants; mais, elles en diffèrent essentiellement en ce que ce sont des productions purement épidermiques, tandis que celles des animaux ont une partie centrale, osseuse et adhérente au squelette.

Les observations de cornes cutanées en général sont assez nombreuses, mais non les faits de corne palpébrale. La littérature des vingt dernières années est remarquablement pauvre à ce sujet; peut-être, parce

que les auteurs ont négligé de faire connaître ces faits, semblables à ceux des cornes de la peau, peut-être aussi parce que les ophtalmologistes les observent en réalité très rarement.

CHAPITRE PREMIER

Pathogénie.

La pathogénie de cette tumeur a été beaucoup discutée durant ces dernières années, si bien que certains auteurs en ont voulu faire un épithéliome ou un euthéliome ; d'autres les ont rangé parmi les papillomes ; enfin certains décriraient le follicule comme point d'origine de la corne.

D'où, à ce sujet, plusieurs théories d'émisses :

1^o La théorie folliculaire, 2^o la théorie épithéliale, 3^o la théorie euthéliale et 4^o la théorie papillaire.

1^o Dans la théorie folliculaire à laquelle se sont ralliés Hébra, Kaposi, la corne prendrait naissance dans le réseau muqueux et siégerait par conséquent au-dessus du corps papillaire.

2^o Dans la théorie épithéliale ou épidermique (Baëtge, Unna, Auspitz, Dubreuilh, Thibierge, Mibelli, etc), les papilles ne participeraient nullement au développement de la corne, ce serait la couche épidermique seule qui entrerait en jeu.

Les partisans de cette théorie considèrent donc les cornes comme de véritables néoplasies dermo-épidermiques et apportent comme témoignage les cas où, des cornes insuffisamment extirpées auraient infecté les

ganglions et déterminé une généralisation. La corne palpébrale serait alors une hyperkératose précancéreuse ou un épithélioma bénin à forme kératosique.

Dubreuilh, dans les *Annales de dermatologie* de 1896, à propos de son article « cornes cutanées » ne dit-il pas : « Il est tout un groupe de lésions de l'épiderme qui se rapprochent de l'épithélioma par leurs caractères histologiques et qui ont une tendance *naturelle* à aboutir au cancer épithélial. Cette terminaison, quoique exceptionnelle pour quelques-unes, est cependant assez fréquente pour qu'on puisse considérer ces lésions comme graine de cancer, sans qu'il en résulte une plus grande tendance à la malignité, comme les cornes qui présentent d'emblée une structure très voisine de l'épithélioma ».

Citons quelques exemples de « cornes cancéreuses » pris dans la littérature médicale durant ces dernières années : entr'autres celles de Mibelli (*Atlas international des maladies rares de la peau*) et celle de Thibierge (Corne épithéliomateuse de la région frontale chez une femme âgée, atteinte d'épithéliomatose disséminée du visage. *Ann. de dermat.* 1898) et une autre que nous avons eu le plaisir d'examiner à la consultation de Chirurgie de l'Hôtel-Dieu.

Dans le cas que nous énonce Mibelli, il s'agit d'une corne de quatre mois. « La malade avait plusieurs fois cherché à enlever la tumeur avec des ciseaux, mais ne put retirer que de petites parcelles vu la grande résistance du tissu. Mais il est certain qu'avant le début de cette néoformation cornée, la malade avait souffert

pendant quinze ans d'une affection rebelle, qui résistait à tout traitement et siégeait exactement au point du nez où la tumeur se trouve actuellement, puis survint une tache rouge brunâtre, d'aspect sec sur laquelle se forma lentement des squames adhérentes d'un jaune blanchâtre que la malade pouvait enlever sans déterminer d'excoriations, mais avec l'apparition d'une petite gouttelette de sang. Au début on traita sans succès l'affection avec du nitrage d'argent; plus tard on pratiqua des grattages avec un meilleur résultat. L'affection resta ainsi stationnaire jusqu'à l'apparition d'une tuméfaction de la grosseur d'une petite noisette sur le milieu du nez; cette tuméfaction était de forme conique, avait une base large et un sommet aplati; sa coloration était d'un jaune brun, sa consistance dure, sèche et cornée. Bien que solidement insérée dans la peau, elle put être facilement soulevée au-dessus du plan osseux. Tout autour de son insertion, il y avait de la rougeur de la peau, provoquant une légère démangeaison à la malade mais aucune douleur.

« La tumeur a été enlevée : Trois semaines après, au voisinage de la cicatrice, des démangeaisons surprirent la malade. Des squames grasses, verruqueuses se formèrent à cet endroit, puis un épaississement d'aspect corné se développa et présenta bientôt l'aspect d'une corne.

« Il s'est donc agi d'un processus néoplasique chronique.

« L'examen histologique de cette corne démontra la structure typique du carcinome réticulé avec dégénéra-

tion hyaline et perles cancéreuses à la base de la corne. En outre on reconnaît des altérations des glandes sébacées prenant part à la prolifération épithéliale atypique du carcinome ».

M. G. Thibierge nous donne l'exemple d'une malade atteinte d'une production cornée de dimension très considérable reposant sur une néoplasie épithéliomateuse :

« Mme Land..., âgée de 84 ans m'est adressée le 8 juin par mon excellent confrère et ami le Dr Gresset, à la Policlinique dermatologique de la Pitié.

« Elle porte sur la région frontale gauche au-dessus du sourcil une production cornée, dont la configuration rappelle assez exactement la corne des bovidés, avec cette exception que cette production a une convexité supérieure : elle est implantée verticalement sur le crâne puis s'incurve en bas en décrivant une courbe à rayon très court elle mesure verticalement 4, 5 centimètres ; son bord convexe en raison de l'exagération de sa courbe, atteint 10 centimètres de longueur ; cette production est plus large dans le sens transversal que dans le sens vertical ; sa base sinueuse et polycyclique mesure 5 centimètres dans son plus grand diamètre transversal et 4 centimètres dans son plus grand diamètre vertical ; la surface de la production cornée est d'aspect strié de coloration gris noirâtre avec des stries verticales jaunâtres ; sa consistance est dure, cependant elle se laisse déprimer surtout au voisinage de sa base d'implantation, et il semble qu'elle ne soit, au moins au

voisinage de cette base, limitée que par une couche cornée peu épaisse. La base elle-même sur une hauteur de 2 millimètres environ est de coloration rosée tirant légèrement sur le jaunâtre, et a la consistance dure et élastique des épithéliomas cutanés ; elle se continue directement sans trace de solution de continuité, avec la production cornée qui se rétrécit seulement légèrement au niveau de son union avec cette base.

« Sur le reste du visage, on voit une douzaine de petits épithéliomas sébacés, recouverts de croûtes cornées, de forme irrégulière, légèrement acuminés, large de 2 à 3 centimètres faisant une saillie de 5 à 10 millimètres.

« La malade qui présente les attributs de la sénilité : ectropion, cercle sénile, athérome artériel etc., raconte très exactement l'évolution de sa maladie. Vers l'âge de 50 ans, elle remarqua au niveau du sillon naso-labial gauche une petite tumeur qui fut enlevée par un médecin et ne récidiva plus ; plus tard survint sur le dos du nez une petite croûte qui est devenue plus volumineuse depuis deux ou trois ans ; peu après apparurent les productions analogues qui se sont développées sur les joues et sur le front. C'est seulement au mois de mars dernier assure-t-elle que s'est développée la lésion de la région frontale et ce n'est que depuis six semaines que son revêtement a pris le caractère corné et a offert un grand développement ».

Les caractères mêmes de cette base, ajoute M. Thibierge, la multiplicité des épithéliomas à tendance kératosique qu'elle porte sur le visage, montrent bien que cette « corne » est, comme dans tous les exemples

jusqu'ici connus, le résultat d'une évolution particulière d'un épithélioma.

Nous avons eu le plaisir d'observer à la consultation de chirurgie de l'Hôtel-Dieu, une malade d'une cinquantaine d'années, qui avait une petite ulcération à l'angle interne de la paupière supérieure droite. Cette ulcération de forme irrégulière et large de la moitié d'une pièce de cinquante centimes, était recouverte d'une petite croûte plate, adhérente, de couleur sombre, au-dessous de laquelle on pouvait constater une légère sécrétion séro-sanguinolente. Les bords de cette ulcération formaient un bourrelet assez saillant, dur, mais friable, car l'exploration même minutieuse avait légèrement fait saigner. La malade étant venue à la consultation de chirurgie, non pour cette tumeur, mais pour une blessure à la main, la tumeur ne fut pas enlevée ni examinée histologiquement. Tous les signes cliniques de cette ulcération, plaident en faveur d'un épithélioma, quoique l'histologie ne fût pas là pour servir de contrôle, d'autant plus que la malade avoua qu'avant cette ulcération qui débuta il y a à peu près 3 à 4 mois, il exista au même endroit une « petite verrue ». Cette « verrue » débuta six ou sept ans auparavant ; arrachée plusieurs fois par elle, elle se reforma toujours jusqu'au moment où l'ulcération constatée actuellement la remplaça. D'après la description qu'elle en donnait, cette « verrue » avait plutôt l'aspect clinique d'une corne, son caractère de dureté sa coloration plus ou moins grisâtre, son extrémité

effilée en donnaient le témoignage ; était-ce une corne cancéreuse ?

Enfin le cancroïde palpébral est remarquable par sa lenteur, dans sa forme papillaire. De Wecker ne cite-t-il pas un malade qu'il a soigné pour un épithélioma corné datant de 29 ans !

S'agit-il là réellement, comme nous l'indiquent Mibelli et Thibierge, et nous le montre notre observation, d'une corne cancéreuse, d'une corne épithéliomateuse. Nous ne le croyons point, nous pensons plutôt que cette tumeur n'est autre qu'un épithélioma se compliquant d'une forte production cornée : épithélioma revêtant la forme végétante d'une façon exagérée.

Il nous semble qu'il s'agit là non pas « d'une corne épithéliomateuse » mais bien, qu'on nous permette cette expression, « d'un épithélioma corné ». Quoique de prime abord, la clinique ne sache les différencier, l'histologie nous fait justice.

Bien qu'on ait pu voir un épithélioma se développer consécutivement à une corne, soit par suite d'irritation de toutes sortes, soit par traumatisme, soit par des cautérisations intempestives, etc., il ne s'ensuit pas que la production pathologique primitive ne fût une corne.

Du reste, la kératinisation n'est pas un phénomène propre de la corne, comme de l'épithélioma, mais bien de toute production cutanée ou muqueuse à laquelle prend naturellement part la couche épithéliale.

La kératinisation est d'abord un fait normal dans les ongles, les poils, etc., et anormal dans toutes les

productions pathologiques de la peau où elle prend le nom d'hyperkératose. L'hyperkératose ou épaissement de la couche cornée tient à une cohérence anormalement augmentée des cellules cornées, lesquelles, au lieu de desquamer après avoir formé les étages de stratifications, s'accumulent en stratifications plus nombreuses.

C'est évidemment dans les conditions anormales du stratum granulosum et du stratum intermedium, au niveau desquels s'effectue une kératinisation modifiée, qu'il faut chercher l'explication anatomique de l'hyperkératose. Quant à sa signification physiologique, l'hyperkératose représente une réaction défensive de l'épiderme contre une cause irritante.

Il est probable que comme dans les productions cornées, telles que l'ongle, etc., la kératinisation se fait par un mode particulier dans lequel l'éléidine est remplacée par la substance onychogène de Ranvier.

3 Dans la *théorie euthéliale* (Fabre-Domergue, *Cancers épithéliaux*), les épithéliomas formeraient une chaîne ininterrompue allant des productions les plus simples aux carcinomes proprement dits. La cause efficiente de leur formation résiderait dans la désorientation des plans de division des cellules qui les constituent. A l'état normal, les cellules se divisent toujours dans le même sens : par conséquent, d'après ce principe, Domergue conclut : « à une désorientation peu accentuée correspondent les papillomes et les adénomes, réunis par lui sous le nom d'euthéliomes ; à un rang plus élevé, c'est-à-dire à une désorientation plus

prononcée se trouvent les épithéliomes ; enfin, manifestation ultime de la désorientation cellulaire la plus désordonnée, apparaissent les carcinomes dermiques et glandulaires.

Les Papillomes formeraient donc le groupe le plus élémentaire de la série.

D'accord avec M. Brault, en nous appuyant sur la clinique, nous ferons remarquer :

1° Que la plupart des papillomes cutanés persistent indéfiniment à l'état de papillomes, sans subir de modifications ultérieures.

2° Que par contre, la grande majorité des épithéliomas ou cancroïdes de la peau se manifestent sans avoir été précédés par une hypertrophie papillaire.

3° De plus, quant à la désorientation cellulaire, d'après la théorie de Fabre-Domergue, l'axe des fuseaux de division, venant à s'incliner, deviendrait plus ou moins oblique ou parallèle au derme et par conséquent des cellules n'évolueraient pas vers la surface, mais au contraire vers la profondeur. Inclinaison faible, c'est le papillome ; inclinaison prononcée, c'est l'épithéliome.

La nature des tumeurs serait donc déterminée et réglée d'après une orientation mécanique des cellules !

4° A la théorie papillaire se sont ralliés de nombreux partisans : MM. Cornil et Ranvier, Brault, Natanson, Rindfleisch et Ballaban, etc. L'origine première serait dans un groupe de papilles.

La seule définition histologique qui convienne au Papillome est celle qu'en ont donnée MM. Cornil et Ranvier. Ils prennent pour caractéristique de cette tu-

meur la papille elle-même, c'est-à-dire le bourgeon formé par le mode de végétation des vaisseaux qui a pour résultat le relèvement d'une surface épithéliale sur un point donné et sa multiplication, sur le point même autour du soulèvement produit par les vaisseaux.

Les axes conjonctivo-vasculaires qui constituent ces papilles sont tantôt recouverts de couches stratifiées d'épithélium pavimenteux et corné, tantôt tapissés d'un épithélium semblable à celui des muqueuses.

De plus une formation, pour être simplement papillaire, doit présenter les caractères suivants :

1° Exister sur une membrane revêtue d'épithélium de diverses formes.

2° Etre formée simplement par la végétation des vaisseaux préexistants vers la surface libre et non pas la saillie d'une tumeur spéciale existant au préalable dans cette membrane.

3° Présenter un revêtement épithélial reproduisant la forme générale de l'épithélium normal circonvoisin et n'empiétant jamais sur les papilles. C'est la condition essentielle de leur existence.

Cette définition exclut du cadre des papillomes des tumeurs végétantes qui parfois sans perdre leur individualité propre, prennent une apparence arborescente au voisinage d'une membrane qu'elles perforent en la détruisant ou simplement même en relevant son épithélium dont le caractère est dès lors modifié. C'est ainsi que le fibrôme du sein végétant dans la paroi des canaux galactophores, remplit ces canaux de bourgeons fibreux, en les dilatant à l'excès et coiffe ses végéta-

tions de l'épithélium de ces mêmes canaux sans pour cela devenir un papillome vrai. En pareil cas, on peut dire seulement que l'on a affaire à une végétation *papilliforme* de la tumeur ou à une tumeur *papillaire*.

Toute cause morbigène qui détermine une végétation connective et vasculaire vers la surface libre d'une membrane peut de la sorte aboutir à la formation d'un papillome. Le papillome se forme par le mécanisme de réduplication en surface commandé par l'extension du derme subjacent et de ses vaisseaux. Mais si, l'édification papillaire étant produite, d'autres causes, dans le détail desquelles nous ne pouvons entrer ici, déterminent et mettent en train un processus inverse, si en même temps, ou après que les vaisseaux ont *végété contre la surface épithéliale*, celle-ci végète à son tour, par bourgeons analogues à ceux des glandes embryonnaires, *contre le derme subjacent*, de façon à le pénétrer et à s'y répandre en tractus rameux, le tissu connectif de la membrane ou de la paroi sera envahi par une production d'un ordre tout particulier et deviendra le siège d'une néoplasie épithéliale: *d'un épithéliome*.

Ainsi la végétation purement papillomateuse sera devenue le point de départ d'une tumeur ayant des propriétés évolutives et une signification toutes différentes. Nous connaissons mal les circonstances qui déterminent dans les revêtements épithéliaux l'incitation à végéter contre la paroi qui les supporte, à la pénétrer, à s'y répandre et à y établir des foyers de multiplication épithéliale. Mais le processus qui vient d'être indiqué existe réellement et il s'accomplit quand les papillo-

mes *dégénèrent* et deviennent l'origine d'*épithéliomas vrais*.

« Ainsi constitués, les papillomes peuvent durer indéfiniment. C'est par milliers que l'on peut citer ceux qui n'ont jamais présenté la moindre modification dans le sens d'une évolution épithéliomateuse.

D'après Lebert dix pour cent des cas seraient associés avec les épithéliomas.

Cependant le revêtement épithélial des villosités papillaires peut, ainsi que tout épithélium de revêtement, donner lieu à des productions épithéliales envahissantes.

On reconnaît cette transformation aux caractères propres de l'épithéliome de la peau. La couche épithéliale pénètre dans le derme et s'y ramifie.

« L'observation ne démontre pas que la transformation épithéliale des papillomes soit fréquente, pas plus que celle des polypes. Elle établit en outre que la plupart des cancroïdes et épithéliomes issus de la peau et des muqueuses, accessibles à la vue, se manifestent sans avoir été précédés par une hypertrophie papillaire ou frangiforme.

« Dans l'état actuel de nos connaissances, on peut en conclure, croyons-nous :

1° Que les papillomes sont rarement suivis d'une transformation épithéliale ;

2° Que par suite ils n'en représentent pas le premier stade.

3° Qu'enfin ils constituent un genre de productions absolument distincts des épithéliomes ».

Le papillome qui est absolument bénin, peut donc à un moment donné changer brusquement de nature et prendre les allures d'une tumeur maligne, d'un cancer. Mais il ne s'agit là que d'un phénomène vulgaire que l'on peut observer dans toutes les tumeurs, le phénomène de la *dégénérescence*. Les papillomes comme les lipômes, les fibrômes, peuvent après une longue période de bénignité se transformer en tumeur maligne. C'est un fait d'observation journalière et nul ne saurait contester l'existence propre de ces espèces morbides.

Partant de cette idée que toute papille est une édification vasculaire, résultant de l'activité propre des vaisseaux préexistants dans une membrane revêtue d'épithélium. On comprend que tout papillome devra être formé :

1° Par des bouquets vasculaires ascendants reproduisant avec plus ou moins de complication, le type de ceux des diverses papilles de la peau et des muqueuses.

2° Par un relèvement du tissu connectif de la membrane siège de la néoformation, tissu plus ou moins jeune, mais ne renfermant pas d'éléments néoplasiques.

3° Par une surface épithéliale moulée sur la forme même de la végétation connectivo-vasculaire qui la soutient.

On voit par cette indication que les papillomes sont des néoformations à la fois *conjonctives*, *épithéliales* et *vasculaires*. En général, elles sont tellement disposées que chacun des éléments composants entre pour une part à peu près égale dans la constitution de la

tumeur. Ce sont donc en général des *hypertrophies en masse des papilles*.

« Le diagnostic des papillomes est facile dans la plupart des cas, mais d'autres fois il est très difficile et ne peut être fait qu'à la suite d'un examen minutieux; il faut pour prononcer le mot *papillome* ne trouver à la base des papilles, ni infiltrations épithéliales, ni traînées glandulaires. Or, des sections perpendiculaires à la surface d'un papillome durci montrent les espaces interpapillaires à un niveau très varié.

Il ne faut pas prendre les cellules épithéliales situées entre les papilles pour des lobules d'épithéliome; la distinction en est facile, car ces derniers s'enfoncent dans le derme ou dans le chorion muqueux tandis que les plus profonds des espaces interpapillaires du papillome sont à peu près sur le même niveau que les papilles normales. D'un autre côté lorsque la section faite à travers le papillome est un peu oblique, les espaces interpapillaires coupés obliquement à leur base ressemblent à s'y méprendre à des lobules d'épithéliome. Il suffit d'être prévenu de la possibilité d'une pareille erreur pour l'éviter en faisant de bonnes préparations. Le diagnostic n'est possible qu'à cette condition ».

CHAPITRE II

Anatomie pathologique.

L'anatomie pathologique des cornes palpébrales, étant la même que celle des cornes cutanées, nous nous ferons un devoir de citer les auteurs qui ont étudié la structure des cornes en général et de narrer leurs descriptions.

Bien longtemps avant qu'on n'appliquât l'analyse microscopique à ces productions, leur nature avait été parfaitement définie par les observateurs. L'aspect, la forme, la consistance, l'insensibilité, l'odeur caractéristique qu'elles répandent par la combustion, les avaient fait ranger à côté des végétations cornées de l'épiderme, des ongles, des griffes, des cornes de certains animaux. Les vues se sont confirmées par les examens histologiques. Rokitansky, Robin, Lebert, Krause furent les premiers qui montrèrent que les excroissances en question sont des végétations de la couche superficielle de l'épiderme, dans lesquelles les cellules desséchées, feuilletées, dépourvues de noyau, ont pris une direction perpendiculaire à la surface cutanée, et se sont allongées de manière à former un aspect fibroïde.

La même nature fut reconnue aux cornes développées, dans les kystes sébacés par Nagel et Wilson. Une corne provenant d'une vieille femme du service de Grisolle et examinée par Lebert, se montra composée de feuillets épidermiques à cellules sèches, cornifiées, sans noyau qui, sur une coupe longitudinale, avaient un aspect fibroïde, tandis que sur une coupe transversale, on les voyait formées de couches concentriques, au centre desquelles, on distinguait encore assez nettement un certain nombre de vaisseaux coupés en travers.

Les cornes examinées par le professeur Heschl (de Cracovie), montraient également des stratifications transversales formées par des lamelles cornées, transparentes, de 1 ligne $\frac{1}{2}$ d'épaisseur, qui, sous l'influence des réactifs, se résolvaient en cellules sèches, écailleuses, sans noyau. Les deux échantillons de corne humaine, examinés par Simon, ne différaient point des précédents par leur structure ; l'un d'eux pourtant était parcouru suivant l'axe par des canaux microscopiques renfermant une sorte de moelle sans structure apparente ; cette disposition rappelle celles des cornes des ruminants, avec cette différence pourtant que, chez ces derniers, on ne trouve qu'un seul canal médullaire au milieu de la corne..

Unna, Mitvalsky, Dubreuilh, Achenbach ont ensuite étudié la question et semblent, d'après leur description histologique, faire de la corne, un épithélioma bénin à forme kératosique : Unna la décrit comme un fibrokératome, Mitvalsky et Dubreuilh représentent la prolifération des masses épithéliales interpa-

pillaires comme cause de son accroissement. Pour ces derniers, il n'y aurait pas d'hypertrophie papillaire ; et les papilles vasculaires ne seraient autre que du tissu vasculaire interstitiel étiré en longueur par l'accroissement même de la corne.

L'étude qu'a faite *Dubreuilh* de 3 cas de corne et de 3 cas de fibrokératome lui permit d'adopter pleinement l'opinion de Unna sur l'identité de ces deux formes cliniques et de considérer le fibrokératome comme une corne en miniature. « Le type le plus simple de la corne, dit-il, est donc constitué par le fibrokératome de Unna, appelé aussi verrue filiforme des vieillards, bien que, ainsi que je vais le montrer il ne s'agisse nullement d'une verrue. Il se présente sous l'aspect d'une petite tumeur filiforme de 1 à 2 millimètres de diamètre et de 5 à 10 millimètres de longueur, insérée sur la peau saine, par une base un peu étranglée et terminée par une pointe aiguë et unique. La base est molle, rosée, manifestement fournie par le derme et recouverte d'un épiderme mince ; le sommet est formé par un petit cône corné, effilé, aigu, de couleur grise ou jaunâtre. Cette lésion offre certainement la plus grande analogie avec la verrue digitée de la face, d'autant plus qu'elle siège habituellement au visage et notamment aux paupières.

« La corne filiforme est constituée par une double hyperplasie épidermique et fibreuse ; cette dernière serait même la lésion primitive, d'où le nom de fibrokératome donné par Unna qui a très minutieusement étudié son développement. D'une base conjonctive un

peu saillante partent quelques papilles vasculaires allongées, coiffées par une gaine commune d'épiderme épaissi,

L'expression de papilles désigne simplement un prolongement saillant conjonctif et vasculaire, mais n'implique pas qu'il s'agisse du développement d'une papille préexistante, et la preuve, c'est que la corne peut se développer dans un kyste folliculaire vrai ou sur une cicatrice où il n'y a point de papilles. La base conjonctive est formée de tissus fibreux avec quelques fibres élastiques fort rares dans les prolongements papillaires, et contient une infiltration de petites cellules disposées en amas avec une proportion généralement assez notable de cellules plasmatiques.

« La portion épidermique de la tumeur est formée par une couche cornée épaisse qui englobe tous les prolongements papillaires et s'enfonce dans leurs intervalles, une couche granuleuse assez développée et une couche épineuse épaissie surtout entre les papilles. Je n'ai pas observé dans mes cas de fibrokératomes l'altération médullaire de Unna, elle n'est donc pas un caractère distinctif ; par contre j'ai été frappé de l'aspect particulier des *bourgeons épidermiques interpapillaires*. Ils sont formés de cellules assez volumineuses irrégulièrement disposées avec une couche génératrice indistincte. C'est là un premier pas vers le caractère *épithéliomateux* qui est si manifeste dans les cornes.

« Les cornes d'un certain volume présentent une structure qui au premier abord paraît très confuse,

mais qui est singulièrement éclairée par l'étude préalable des verrues et des cornes filiformes. Sur une coupe longitudinale il faut considérer : 1° la base dermique, 2° le sommet formé de substances cornées, 3° la limite entre les deux, comprenant les papilles vasculaires et les couches vivantes de la néoplasie épidermique, 4° la gaine basale.

« 1° La base est formée de tissu conjonctif et de tissu élastique peu altérés. Dans tout le voisinage et dans les parties profondes du derme au-dessous de la corne, on trouve une grande quantité de mastzellen. immédiatement au-dessous de la corne, dans les parties qui sont les plus voisines de la néoplasie épithéliale, se trouve une *infiltration considérable d'éléments cellulaires* : cellules conjonctives allongées ou ramifiées plus nombreuses que normalement, mastzellen et surtout des lymphocytes mononucléaires et des cellules plasmatiques. Les cellules plasmatiques sont quelquefois agglomérées en grand nombre, constituant un véritable plasmome, d'autres fois elles sont clairsemées. Dans tous les cas cette zone d'infiltration, bien limitée du côté du derme, enveloppe la base de la corne, se prolonge dans les papilles et présente la plus complète ressemblance avec l'infiltration cellulaire qui accompagne l'épithélioma au début et précède toujours l'envahissement des parties saines.

« De cette base conjonctive partent des papilles formées d'une ou de plusieurs anses vasculaires entourées d'une minime quantité de tissu conjonctif. Ces papilles sont de longueur très-variable, suivant les cas.

Elles s'élèvent quelquefois jusqu'à 15 millimètres de hauteur (Mitvalsky) mais elles sont habituellement plus courtes au centre et beaucoup plus longues à la périphérie de la corne. Cela s'explique facilement parce que les papilles du centre sont beaucoup plus anciennes et étouffées par la néoplasie épidermique tandis que celles de la périphérie sont plus récentes et partent de plus haut étant fournies par la gaine de peau qui entoure le bas de la corne.

« Le caractère prédominant de ces papilles est leur extrême irrégularité. Leur direction est ondulée, contournée ; elles présentent des ramifications dans tous les sens ; elles sont pénétrées par des bourgeons épidermiques à direction descendante ; il en résulte que ces papilles ne se présentent plus comme des colonnes cylindriques, elles sont aplaties et déformées au point que Mitvalsky a pu les considérer comme formant un système de cloisons anastomosées circonscrivant les colonnes épidermiques.

« 2° Toute la partie terminale de la corne est formée par du tissu kératinisé de consistance variable, tantôt uniformément dur, tantôt constitué par une coque dure renfermant une substance blanchâtre, friable et fétide. Elle est formée de lamelles cornées plus ou moins exactement moulées sur les papilles et offrant dès lors une disposition simplement ondulée, ou bien en cornets emboîtés avec un sommet inférieur correspondant aux enfoncements interpapillaires. La kératinisation est toujours anormale de sorte que la persistance des noyaux est très fréquente. Souvent mais non constam-

ment, on trouve l'altération décrite par Unna sous le nom d'altération médullaire. Je ne l'ai trouvée que dans un de mes cas et à la différence de ce qui a été observé par Unna, j'ai noté la persistance des noyaux dans les mailles du réticulum formées par les cellules altérées et je n'ai pas constaté que cette altération cellulaire fût localisée au sommet des papilles. Sur le prolongement des papilles vasculaires, les lames cornées forment une voussure qui sur les coupes longitudinales donne l'impression d'une moulure saillante. Cette disposition remarquée par Unna n'est pas spéciale aux cornes et se rencontre aussi dans les verrues.

« Les amas de sang desséché qu'on trouve fréquemment dans les cornes reconnaissent une double origine. Les uns irréguliers sont des hémorragies intersticielles dues à la déchirure traumatique d'une papille ; d'autres situés sur le prolongement des papilles sont des vaisseaux papillaires thrombosés ; leur position et leur forme les rendent faciles à reconnaître.

« 3° La zone intermédiaire de la corne est constituée par les parties vivantes de la néoplasie épidermique et s'étend depuis le sommet des papilles vasculaires jusqu'à l'extrémité basale des colonnes épithéliales. Elle offre la forme générale d'une capsule, ses bords sont relevés par la gaine dermique qui entoure la base de la corne et la plus grande longueur des papilles périphériques ; son centre est déprimé et même situé au-dessous du niveau général de l'épiderme.

« Les bourgeons épithéliaux qui s'enfoncent vers la

base en venant buter contre le derme sont remarquables par leur irrégularité comme forme et comme structure. Ce sont des boyaux cellulaires inégaux, de direction variée, anastomosés et tout à fait comparables à un épithélioma tubulé. On n'y distingue pas une couche génératrice bien différenciée, la limite même des boyaux épithéliaux et du derme est quelquefois indistincte en raison de l'infiltration cellulaire du stroma et des nombreuses cellules migratrices qui viennent pénétrer les boyaux épithéliaux eux-mêmes. Ceux-ci sont formés de cellules assez volumineuses sans orientation régulière, offrant tous les types de dégénérescence qu'on observe dans les épithéliomas cornés. On y rencontre très souvent des globes cornés entourés ou non d'une couche granuleuse chargée d'éléidine. Les cellules vivantes qui revêtent les papilles offrent la même métatypie, elles poussent des bourgeonnements dans les papilles mêmes en les déformant, les aplatisant, les ramifiant, ce qui rend les papilles quelquefois difficiles à reconnaître sur les coupes.

« 4° La gaine qui entoure le bas de la corne est formée de la peau voisine entraînée par l'allongement de la corne. On y trouve un épiderme normal, des follicules pilosébacés, mais pas de glandes sudoripares, celles-ci étant généralement restées à la base de la tumeur. De l'épiderme ou des follicules pileux de cette gaine partent des bourgeonnements épidermiques qui s'enfoncent obliquement vers la base, ils sont d'autant plus longs qu'ils proviennent de parties distales et plus anciennes de la gaine et vont se confondre avec

les masses épithéliales de la tumeur principale, de même que le derme de la gaine se confond plus ou moins sur la limite avec les papilles vasculaires parties de la base.

« L'étude des coupes transversales de la corne échelonnées en série du sommet vers la base confirme et complète les données fournies par les coupes longitudinales. Vers le sommet on trouve les cellules cornées se groupant en cercles concentriques autour des capillaires thrombosés, bien que cela soit plus rare et beaucoup moins net que dans les verrues. Plus bas on rencontre la gaine cutanée et les papilles vasculaires irrégulières, aplaties, contournées, infiltrées de lymphocytes et de cellules plasmatiques, entourées de cellules épidermiques vivantes et métatypiques comme celles que nous avons vues dans les boyaux épithéliaux de la base.

« La corne est donc constituée par une néoplasie dermo-épidermique. L'épiderme pousse des bourgeonnements profonds refoulant le derme dont certaines parties correspondant aux interstices des colonnes épidermiques forment les papilles. Le derme participe aussi au processus. Au début, son hyperplasie est même prédominante (fibrokératome). Plus tard les colonnes épidermiques, en s'allongeant par leur extrémité basale soulèvent la masse cornée en tirant les papilles vasculaires qui finissent par se thromboser par segments successifs.

« *L'accroissement* de la corne est due à la prolifération des masses épithéliales interpapillaires qui sou-

lèvent tout ce qui est situé au-dessus d'elle. Les papilles vasculaires qui sont englobées dans la masse se trouvent comprimées et surtout étirées et allongées. Lorsqu'elles dépassent une certaine longueur, une portion de leur extrémité se thrombose, se momifie et c'est ainsi que l'on peut dans les parties terminales et absolument kératinisées d'une corne, trouver des caillots allongés dans le tissu corné et reproduisant la forme des vaisseaux sanguins. D'autres caillots plus irréguliers sont des hémorrhagies dues à des traumatismes ou à des déchirures des papilles. Les papilles vasculaires qui entretiennent la vitalité des masses épithéliales de la corne, ne sont nullement dues à l'hypertrophie des papilles normales de la peau; elles sont moins nombreuses sur une surface donnée que ne le sont les papilles normales et on les trouve parfaitement développées dans les cornes nées sur une cicatrice où il n'y a pas de papilles. Les papilles vasculaires des cornes sont le résultat d'un bourgeonnement épithélial; ce sont des portions de stroma, ou de tissu vasculaire interstitiel étirées en longueur, par l'accroissement même de la corne; le même processus de bourgeonnement se produisant plus haut dans le revêtement épithélial des papilles, détermine leur ramification.

« Dans la corne, les cellules épidermiques sont tout à fait métatypiques et présentent toutes les altérations qu'on observe dans l'épithélioma, le derme sous-jacent est infiltré de lymphocytes et de cellules plasmiques, les papilles sont d'une extrême irrégularité, de sorte que, sur une coupe il peut être en certains

points impossible de distinguer une corne d'un cancroïde ».

Voici le résultat de l'examen histologique d'une corne, pratiquée par Mitvalsky dont nous donnons l'observation à la fin de notre thèse.

« Par des sections longitudinales à travers toute la corne, on remarque que la majeure partie de la corne est formée de cellules épidermoïdes plus ou moins déformées, très rarement entrecoupées d'un rare tissu conjonctif.

« La partie supérieure (sommet) n'offre que des colonnes de cellules épidermiques desséchées, dont les noyaux ne sont nullement susceptibles de coloration. Ici nulle trace de tissu conjonctif. Dans l'enflure noduleuse on reconnaît facilement la base momifiée de la corne qu'un an auparavant on avait liée à la racine. On y voit une cellule épidermique très bien conservée avec une assise pilifère portant encore quelques poils. Sous l'épiderme se trouve une couche jaunâtre d'une substance albumineuse, coagulée, résultant sans doute d'une hémorrhagie. Cette hémorrhagie, occasionnée par la ligature de la verrue, a séparé alors l'épiderme, du tissu conjonctif de la petite corne. Facile à reconnaître est le tissu conjonctif sous-jacent ; il offre de nombreux vaisseaux sinueux avec de larges colonnes. Un sang uniformément corrompu les remplit abondamment. Le tissu est imbibé de pigment de sang et rubigineux. Bien que ridés et desséchés, les noyaux des corpuscules conjonctifs se laissent cependant colorer.

La structure de la corne est à cette partie supé-

rieure parfaitement caractérisée, malgré la momification assez avancée déjà. On y trouve au milieu un riche dépôt de tissu conjonctif, d'où partent en divers sens des prolongements en forme de faisceaux, qui à leur tour sont entourés de cellules épithéliales, susceptibles de coloration auprès des faisceaux. A mesure qu'elles s'éloignent des faisceaux du tissu conjonctif, ces cellules vont en s'aplatissant ; bien plus, pareilles à des écailles, elles se confondent entre elles et perdent leur coloration plus ou moins complètement. Dans les vaisseaux de cette partie supérieure, surabondamment remplis de sang, pas un seul globule de sang conservé ou seulement comme tel reconnaissable ! Il est changé là en colonnes homogènes, jaunes, presque rubiginieuses. Le tissu conjonctif de cette partie est bien relié aux rares filets de celui de la partie centrale. Son système de vaisseaux sanguins est toutefois placé en dehors de la circulation.

La partie centrale de la corne avec ses sillons parallèles, se compose de colonnes inégalement longues et grosses et qui s'entrecroisent. De ces dernières, plusieurs sont à leur tour drapées dans un commun manteau de cellules cornées. Somme toute, elle est composée de cellules épithéliales, agglomérées les unes aux autres, à la manière des coquilles, et plus ou moins cornées.

Au milieu de ces colonnes de cellules, le plus souvent dans les susdits manteaux se trouvent par endroits des vaisseaux et des bandeaux de tissu conjonctif, plus ou moins bien conservés, ou du moins leurs traces.

« Plus cette colonne de vaisseaux sanguins s'éloigne du sommet, plus elle dégénère, plus elle jaunit. Ce sont encore les globules incolores qui se conservent le plus longtemps. Les cloisons des vaisseaux aussi sont le plus souvent altérées et desséchées ; ailleurs on voit que le sang corrompu a percé les cloisons des vaisseaux sanguins et s'est introduit dans les pores du tissu conjonctif. Quand on coupe la partie centrale transversalement, on peut déjà voir que le rare tissu conjonctif de la corne n'est pas uniquement formé de bandes de tissu qui se tirent le long de la corne en se ramifiant, semblables à des papilles, mais encore des septa très rares et plus ou moins bien conservés. Les vaisseaux et leurs restes qu'on trouve dans ce septa montent eux aussi le long de la corne.

« La plupart de ces bandeaux de tissu conjonctif, qu'on a rencontrés, tout aussi bien que les vaisseaux qui s'y trouvent, n'atteignent pas le sommet de la partie centrale. Comme continuation de ces derniers, on trouve le plus souvent un espace rempli d'une masse jaunâtre et amorphe, qui lui-même un peu plus haut, est ordinairement rempli d'un tissu réticulé. Ce dernier tissu, peut être considéré comme identique à la « *substance-moelle* ou *moelle cornée* d'Unna » aussi bien au point de vue morphologique que génétique.

En somme une coupe longitudinale dans la corne nous montre des cordons de tissu conjonctif au nombre de 3 à 5 tous plus ou moins reconnaissables ; une coupe transversale en montre plus encore. Le degré de kératinisation des cellules épidermiques varie sensiblement

à chaque coupe. Kératinisation complète des cellules au point de former de petites écailles grises et fines, de manière à rendre leurs noyaux invisibles, n'a lieu qu'en peu d'endroits. Les cellules non encore arrivées à ce degré de kératinisation, sont fortement aplaties jusqu'à devenir presque rondes et manifestent des noyaux linéolaires et ovales, ces noyaux sont diversement saturés de couleur. Sous le microscope le corps cellulaire apparaît brillant comme l'ambre.

« Les indices les plus importants pour la compréhension du développement des cornes, sont fournis je crois, par la partie qui forme la base de l'ulcère et qui est recouverte d'un épiderme assez considérable.

« Considérons d'abord les coupes longitudinales. L'épiderme dans son état normal monte à partir de la base de la corne avec un mince chorion rempli de cellules fort petites et envoie en tous sens de nombreux petits cônes épithéliaux qui se dirigent obliquement vers la base de la corne. Tantôt ces cônes apparaissent solides et se réunissent aux extrémités épithéliales de la base de la corne ; tantôt ils montrent des cavités cystiques vides, d'après le genre de la formation d'un athérome microscopique, tantôt ils renferment dans leur partie centrale de petits poils qu'on distingue aisément.

« Le tissu proprement dit de la corne se compose ici principalement de grandes cellules épithéliales dans des stades divers de kératinisation et dans divers modes de groupement. Ces cellules, pareilles à des couches épithéliales, larges, lobées, se divisent, s'éten-

dent jusqu'aux muscles orbiculaires, augmentent visiblement à leur périphérie, et engendrent des prolongements bosselés. L'hypertrophie et l'augmentation de ces cellules ainsi que la production des renflements épithéliaux s'opèrent aussi bien dans la direction de la surface que de la base ; dans cette dernière direction cependant, elle se fait d'une manière plus prononcée. Cela explique après tout le développement de la corne. Ceux des renflements qui se dirigent vers la base soulèvent la corne et la prolongent sensiblement ; cela fait aussi qu'ils s'approchent dès lors du tissu conjonctif sous-cutané et l'écartent même partiellement. Mais à leur tour, ils se laissent diviser par les plus puissants faisceaux en de nouveaux renflements.

« Le tissu conjonctif, sans cesse renouvelé par le liquide infiltré, fournit les faisceaux conjonctifs. Ce sont ces derniers qui portent les vaisseaux et qui se chargent de la nutrition de la corne. Ils se ramifient à la partie inférieure de la corne, par endroits même ils s'unissent aux embranchements des faisceaux voisins, de sorte que dans certaines parties de la corne, il se forme un filet de tissu conjonctif. Celui-ci, tout comme dans un carcinome, enveloppe alors de grands groupes de cellules épithéliales dont celles qui avoisinent le filet sont toutes vivaces et normales, et souvent même cylindriques ; tandis que celles qui se trouvent plus vers le centre sont des degrés divers de kératinisation ; les cellules centrales paraissent même être décomposées.

« Quand on fait des coupes longitudinales dans d'au-

tres parties de la corne, on ne rencontre pas ce filet complet, mais des septa de tissu conjonctif, montant directement dans le tissu de la corne. Ces septa restent simples ou envoient des embranchements dans différentes directions. Il est rare que ces embranchements montent bien haut ; jamais ils ne s'unissent aux embranchements voisins.

« Comptés à partir de la base, ils mesurent 0, 2-3 millimètres, il n'y en a que quelques-uns qui atteignent 1-1 centimètre 5, ou plus encore. Ils renferment des vaisseaux sanguins et sont, sans aucun doute, destinés à nourrir la corne ; mais je ne pense pas qu'on puisse les appeler des « papilles ».

« Très instructive est l'étude d'une coupe transversale à travers la partie inférieure de la corne. Tout d'abord on y trouve encore l'épiderme normal avec un chorion très mince, mais sans papilles. Puis, ce sont d'innombrables cônes épithéliaux qui partent du stratum Malpighi. Ils divergent en tous sens dans le tissu conjonctif sous-cutané et se perdent parallèlement sous forme d'hypertrophie épithéliale de la surface de la corne. Ailleurs, ces cônes recèlent des poils assez grands et se présentent alors sous la forme de follicules capillaires, pathologiquement hypertrophiés ; pendant qu'en d'autres endroits ils renferment encore des athéromes miliaires ; bien plus, dans d'autres on constate de nouveau, des conduits excréteurs pour les glandes sudoripares, plus ou moins pathologiquement altérés. Par endroit nous trouvons dans le tissu conjonctif sous-cutané des groupes de glandes sudoripares

aciniformes, qu'une forte infiltration de petites cellules entoure. De ce tissu sous-cutané se dégagent ensuite d'assez nombreux septa de tissu conjonctif jusque entre les cellules épithéliales en voie de kératinisation et y forment des prolongements, qui, ou cessent tout à coup, ou s'unissent avec ceux des alentours ; dans ce dernier cas ils forment le plus souvent dans la périphérie de la corne un filet de tissu conjonctif, dont les branches centripètes semblent se perdre dans la corne. Il n'y a ordinairement que les parties les plus basses du tronçon inférieur de la corne à avoir un filet de tissu conjonctif traversant la corne dans toute sa coupe transversale.

« Les parties adjacentes à la partie centrale de la corne ne montrent souvent ce tissu, dont on vient de parler, que dans la périphérie ; alors que les parties centrales portent l'empreinte, le caractère de la partie moyenne et n'offrent que la coupe transversale des vaisseaux sanguins qui dans leur ascension sont entourés d'une mince couche de tissu conjonctif, ou encore çà et là offrent la coupe transversale des cordons de tissu conjonctif. On voit et on reconnaît à cet endroit que le tissu conjonctif, à mesure qu'il s'éloigne de la base de la corne et de la superficie de la partie inférieure de la corne, se réduit ou s'atrophie étonnamment vite ; et c'est ainsi que dans les parties supérieures de la corne, les bandeaux et les faisceaux du tissu conjonctif ne sont représentés le plus souvent que par des fissures entre chaque colonne de cellules ».

Il importe avant tout de distinguer deux périodes

dans la genèse des cornes. La première aurait trait à l'origine, la seconde au développement subséquent. Personne n'ignore que par défaut de distinction, beaucoup de confusion a été portée dans cette matière. Voici comment. Du résultat des constatations anatomiques et histologiques sur des cornes relativement grandes et parvenues à maturité qui n'auraient dû servir qu'à élucider la question du développement on a passé par déduction aux conclusions sur la genèse des cornes en général.

Les observations que la plupart des auteurs ont faites sur des cornes déjà développées, ne peuvent servir aucunement pour juger de l'origine des cornes. En effet, les plus petites cornes, seules, peuvent nous renseigner sur la période d'origine.

Le stratum Malpighi, Baëtge le trouva plus large en dessous des deux petites cornes que tout autour, mais il ne vit trace des papilles ; dans le voisinage, il est vrai, il y avait des papilles qui même se trouvaient agrandies. « Sous l'une de ces cornes, le stratum Malpighi descendit même plus avant dans la peau, ce qui nous permet de dire qu'il ne s'agit ici que d'une hypertrophie épithéliale, à laquelle les papilles ne contribuèrent qu'en s'absorbant ».

Unna attire l'attention sur la proche parenté des cornes avec les carcinomes. On n'a qu'à se figurer que les cônes épithéliaux s'hypertrophient dans le tissu conjonctif ambiant, et on sera en présence d'un carcinome. Il ajoute que la dernière cause étiologique de la genèse des cornes est encore inconnue.

Quant à « l'origine folliculaire » des cornes de Honne, Lebert et d'autres, Unna dit que dans les cas, par lui observés, les follicules de la peau ne jouaient aucun rôle dans la formation de la corne, et il explique comment on peut comprendre les observations de Weber, Lebert et Henberg, sans tenir compte des follicules.

Les papilles de la corne sont des produits passifs, dans la formation desquels la présence ou l'absence antérieures d'un corpuscule papillaire est chose tout à fait indifférente. « Je me garde bien, continue Unna, de tomber dans l'erreur si fréquemment commise, de faire passer mon opinion sur l'origine de la corne comme la seule vraie, pas même de la substituer à l'origine « papillaire » connue jusqu'ici. Pour cela, il faudrait avant tout examiner avec leur base, les petites cornes, qui se développent çà et là en grand nombre autour de cornes plus grandes ».

Dans Baëtge, nous voyons les cornes sans le moindre concours des papilles prendre naissance dans des proéminences semblables à des îlots, qui se seraient formés pareillement à un exanthème herpétique. En tout cas, il n'y a rien indiquant que les papilles aient pénétré dans les petites cornes. Partout, il ne s'agissait que d'un commencement d'hypertrophie épithélial vers le chorion, et accompagnée de kératinisation.

Dans Unna, la cause productrice de la corne est de nouveau démontrée être de tout petits fibromes de la peau résultant aussi de ce commencement d'hypertrophie accompagnée de kératinisation sans la moindre participation des véritables papilles épidermiques.

Dans Achenbach nous trouvons la description de la corne dont nous donnons la description à la fin de notre thèse et qui se rapproche des théories précédentes.

Son examen microscopique démontre qu'il s'agit d'une tumeur de caractère vraisemblablement épidermoïdal; de nouvelles productions cellulaires se développent continuellement contre la couche papillaire, de telle sorte que les couches cellulaires les plus anciennes, c'est-à-dire les plus haut placées, commencent à dégénérer et à subir la transformation cornée, d'où croissance en longueur. Il y a également augmentation du diamètre transversal à cause du grand développement épidermique dans le corps papillaire, encore favorisé par divers facteurs, tels que prolifération des parois des follicules, des canaux excréteurs, des glandes sudoripares et sébacées et perles cutanées.

En somme, il y avait peu d'altération de la couche papillaire, les papilles sont bien çà et là hypertrophiées, mais ce fait n'a rien d'étonnant, la prolifération énergétique de la couche épidermique irritant nécessairement la couche papillaire voisine.

On ne peut, en tous cas, ne pas admettre que l'on soit en présence d'une néoplasie primitivement papillaire; tout permet de rattacher ce cas à ceux déjà publiés où la corne avait été produite par une multiplication cellulaire primitive du réseau muqueux, entraînant à sa suite une hypertrophie partielle des papilles.

Le point de départ précis n'a pu être déterminé à cause des difficultés techniques. Les cornes cutanées

prennent naissance, tantôt sur une peau en apparence normale, tantôt sur des cicatrices ou des kystes athéromateux. Panas croit qu'il faut les rattacher à une irritation des papilles, beaucoup plus rarement à une irritation des glandes cutanées; exceptionnellement, d'après Unna, elles se développeraient sur de petits fibromes cutanés.

En 1892, Lagrange (de Bordeaux) a donné une nouvelle théorie sur le développement de ces tumeurs, à propos « d'un cas de corne palpébrale » se rapprochant des précédentes théories épithéliales par ses globes épidermiques et de la théorie papillaire, par une exagération de tout le système papillo-épidermique qui aurait subi une transformation par suite d'une cause inconnue.

« Au niveau de cette base, dans le point où on a porté la section, on constate les éléments ordinaires du derme, vaisseaux, tissu conjonctif, et papilles. Il n'y a pas de glandes sudoripares sur les coupes examinées, ce qui d'ailleurs est assez naturel au niveau des paupières. Les vaisseaux et le tissu conjonctif y sont normaux.

« Les papilles sont, au contraire, très hypertrophiées, elles atteignent des dimensions 3 à 4 fois plus considérables qu'à l'état normal, surtout en longueur. Elles sont toutes coiffées d'un épithélium exubérant, jeune et proliférant avec activité. L'épithélium pavimenteux qui coiffe les papilles forme ainsi une couche très épaisse et l'on voit dans la substance cornée proprement dite, des boyaux épithéliaux qui

sont le prolongement des papilles. La substance cornée jaunâtre et vaguement fibrillaire présente un aspect absolument remarquable, à cause de la présence des globes épidermiques nombreux et tassés les uns contre les autres, qui les constituent. Les globes sont reconnaissables à la présence de petits îlots cellulaires colorés par le carmin et entourés par des cercles concentriques de substance cornée qui dérivent évidemment de l'îlot épidermique ainsi isolé ; les globes affectent des formes très variables ; les uns sont allongés dans le sens de l'axe de la corne, les autres arrondis ; quelques-uns, pris entre deux globes plus volumineux, sont aplatis et à peine reconnaissables.

« La production cornée se présente donc en deux endroits différents :

1° Au-dessus de l'épithélium des papilles ;

2° Autour de l'épithélium isolé dans la substance cornée.

Dans ces deux points la kératinisation présente ce fait particulier de se produire sans éléidine ; cette substance n'a pu être décelée qu'à de rares endroits ; la production cornée est, par conséquent, de ce fait, absolument anormale. C'est là un premier point assez curieux dans l'évolution de la corne dont il est ici question.

« L'autre point, plus intéressant encore, résulte de la présence des globes épidermiques précédemment signalés. Comment se sont-ils formés ?

« L'examen de ce qui se passe à la base de la tumeur

nous donne une explication suffisante. Là on constate des lacs sanguins qui résultent probablement d'une hémorrhagie interstitielle provoquée par les attouchements, les chocs incessants auxquels cette production cornée était soumise. En plusieurs points on remarque que cette hémorrhagie, déchirant devant elle les éléments du tissu voisin, a rompu le sommet des papilles de façon à séparer ce sommet de la base du cône épithélial. Dès lors l'extrémité papillaire, composée de cellules épithéliales jeunes, est devenue libre et a continué à fabriquer les cellules cornées qu'elle formait déjà quand elle tenait à la papille. Autant de bourgeons épithéliaux papillaires ainsi séparés, autant de globes épidermiques évoluant séparément et tous capables d'augmenter la longueur de la corne.

« Les attouchements multiples auxquels cette tumeur placée sur une partie découverte était exposée, les cautérisations, les excisions partielles qu'elle avait subies, expliquent suffisamment la présence des hémorrhagies péri-papillaires formant comme un réseau de lacs sanguins à la base du mal, à l'union de la corne proprement dite et de la peau. Les hémorrhagies en se produisant ont pu étrangler le sommet des papilles et en détacher la pointe qui dès lors, toujours nourrie par les sucs ambiants, continue à remplir sa fonction, c'est-à-dire à former de la substance cornée.

« La papille ainsi décapitée continue à proliférer et plus tard la poussée du sang extravasé ou un attouchement direct vient la décapiter de nouveau et en distraire sous forme d'un îlot arrondi l'extrémité tournée vers le sommet de la corne.

« De chaque papille se sont aussi détachés successivement plusieurs îlots épithéliaux ; ceux qui se sont détachés les premiers occupent le sommet de la corne, ce sont les plus petits, les plus usés par la dégénérescence cornée, les autres, plus récemment distraits de la papille-mère, sont plus volumineux.

« La transformation cornée des uns et des autres est la *cause majeure, la raison d'être* du développement de la tumeur ».

L'examen microscopique qu'a fait Ballaban des trois cornes cutanées enlevées chez la même malade lui permet au contraire de rapprocher ces productions des papillomes dont les différencie seul un développement tout à fait particulier de l'épiderme avec kératinisation.

« La corne la plus récente à la structure du papillome ; il y a simplement un dépôt plus abondant de kératine dans les cellules de la couche moyenne, l'épiderme est épaissi, les couches cornées superficielles se développent en profondeur. Sur la corne la plus ancienne, on peut également suivre, jusqu'à la pointe, des papilles normales ou atteintes de dégénérescence hyaline par altération vasculaire. Cette disposition ne peut exister que si le développement du corps papillaire est primitif. Il est impossible de dire pourquoi certains papillomes se transforment en cornes et d'autres pas ».

Comme on le voit, Unna, Mitvalsky, Dubreuilh, Achenbach, Valsham, etc, s'accordent à considérer la corne comme tumeur épithéliale. Pour Unna, elle ne serait autre au début qu'un fibrokératome constitué

par une double hyperplasie épidermique et fibreuse, et considérant comme primitive l'hyperplasie conjonctive, et, d'accord avec Mitvalsky et Dubreuilh, les masses épithéliales proliféreraient et seraient cause, par leur prolifération, de l'accroissement de la corne. De réelles papilles connectivo-vasculaires, il n'y en aurait pas, ou alors elles ne joueraient qu'un rôle mécanique. L'expression de papilles désignerait simplement un prolongement saillant conjonctif et vasculaire. Pour ces auteurs qui donnent comme preuve que la corne peut se développer dans un kyste folliculaire vrai ou sur une cicatrice où il n'y a pas de papilles, les papilles vasculaires, qui entretiennent la vitalité des masses épithéliales de la corne, ne seraient nullement dues à l'hypertrophie des papilles normales de la peau et seraient alors le résultat du bourgeonnement épithélial ; ce serait des portions de tissu vasculaire interstitiel étirées en longueur par l'accroissement même de la corne.

N'est-on pas frappé, dans leur description histologique du caractère épithéliomateux qu'ils accordent aux nids épithéliaux, aux bourgeons épidermiques interpapillaires, causant d'abord l'accroissement de la corne en soulevant tout ce qui est situé au-dessus d'elle, puis envoyant des prolongements de même nature dans le derme.

Quant à l'examen microscopique de Lagrange, on ne peut croire à la kératinisation sans éléidine, dans ses globes épidermiques. La transformation cornée est quelquefois précédée de la formation dans les cellules

épidermiques de granules d'éléidine (Ranvier) qui apparaissent d'abord dans les cellules du stratum granulosum. La production pathologique d'éléidine se montre toujours dans les épithéliomes de la peau qui s'accompagnent de la formation de globes épidermiques au milieu de lobules épithéliomateux. L'évolution cornée de ces lobules se fait de la même manière que dans l'épiderme normal, de la périphérie au centre des lobules.

Ces divergences d'opinions viennent de ce que la tumeur en question, arrivée à un certain degré de développement, présente, quoique un aspect clinique tout-à-fait identique, un examen histologique tout différent dans chacune d'entre elles. Ce qui est important de connaître histologiquement, ce n'est pas une corne qui a un volume très considérable, une longueur et une étendue de sa base d'implantation également volumineuses, mais c'est de voir la participation de chaque élément à l'origine du papillome. Quel aspect histologique vrai et toujours identique, peuvent fournir des cornes qui ont déjà forcément subi une transformation quelconque, soit par traumatisme, soit par un travail de dégénérescence ?

Toutes ces observations précitées ont le faible de nous présenter des tumeurs qui ne sont autres bien souvent que des végétations cornées, de nature épithéliomateuse, témoins, celles de Mibelli, Thibierge, Baëtge, etc, ou des cornes déjà volumineuses qui, par le fait de leur grosseur, peuvent subir un traumatisme quelconque, et apporter de ce fait une modification dans

leur structure histologique, témoin celle de Mitvalsky.

D'accord avec Mitvalsky, le plus important est le résultat des observations faites sur une corne de la grosseur d'une tête d'épingle, c'est-à-dire dès sa naissance. Car, quand elles ont déjà un certain développement, elles ne peuvent servir aucunement pour juger de l'origine des cornes.

Une corne ne s'accroît que par suite d'une surajoutation de papilles vasculaires empruntées à la peau qui encercle la tumeur. Les cellules épithéliales qui sont à la périphérie, n'ont pas encore complètement subi le travail de kératinisation et peuvent alors renfermer des noyaux ; leur ressemblance avec des cellules épithéliales de nature épithéliomateuse est exacte.

Ces boyaux épithéliaux qui semblent s'enfoncer dans le derme, ne sont autre bien souvent que des rangées de cellules interpapillaires emprisonnées par les papilles voisines, car il faut pour affecter le caractère de l'épithélioma, qu'ils pénètrent dans le derme, s'y ramifient et en amènent la désagrégation ou la destruction. Les globes épidermiques de Lagrange ou les nids épithéliaux de Valsham, ne sont bien souvent dans certaines préparations qu'une extrémité de papilles apparaissant dans la couche cornée ; et la raison de leur apparition serait ou dans la situation oblique de la papille ou dans une coupe oblique par rapport à l'axe de la tumeur (Voir figure 2). La plus légère attention empêche néanmoins de confondre ce petit globe unique dans la couche cornée de notre préparation avec un globe épidermique, quoique la forme des cellules, dans

ces épithéliomas est identique à celle des cellules du corps muqueux de Malpighi.

Mitvalsky ayant remarqué que les papilles très courtes au centre sont beaucoup plus longues à la périphérie, donne cette explication que celles du centre sont beaucoup plus anciennes et étouffées par la néoplasie épidermique, tandis que celles de la périphérie sont plus récentes.

Si les papilles du centre paraissent plus courtes, c'est que celles de la périphérie partent de plus haut étant fournies par la gaine de peau qui entoure la base de la tumeur, ou que celles du centre atteignent leur degré maximum d'hypertrophie ; car toute corne qui renferme plusieurs papilles, est de la sorte un assemblage de plusieurs papillomes qui, tout en s'unissant conservent chacun dans ses éléments épithélio-conjunctivo-vasculaires une proportion relative et sensiblement égale.

Ces lacs sanguins constatés par Lagrange, et par Mitvalsky qui en fait la manifestation d'un travail ulcératif de la base de la tumeur, ne peuvent s'apercevoir que sur des cornes déjà développées et qui probablement ont subi un traumatisme quelconque, amenant une hémorrhagie interstitielle ou sur celles qui dégénèrent, car, comme nous l'avons dit dans la pathogénie, le phénomène vulgaire de la dégénérescence peut s'observer dans toutes les tumeurs.

Il serait malheureusement impossible de faire une statistique de la dégénérescence des cornes ; car, comment, cliniquement, différencier les cornes qui ont une

origine papillaire véritable, des végétations cornées qui sont de toute autre nature.

La question de la présence de parasites et de microbes dans les cornes et celle de l'origine parasitaire de ces productions méritent de nouvelles recherches qui devront être faites sur le plan général de celles qu'on a faites sur la parasitologie et l'origine des verrues, des épithéliomas des sarcomes et des autres tumeurs bénignes et malignes.

Spietschka résume ainsi, en démontrant que les trois facteurs nécessaires à la production d'une corne cutanée ; ce sont l'hyperplasie épithéliale, l'hypertrophie papillaire et l'exagération de la kératinisation.

Plusieurs coupes ont été faites de la corne qui a été enlevée par M. A. Terson et dont nous donnons l'observation à la fin de notre étude.

L'examen microscopique minutieux dénote la même structure histologique qui a été observée par Cornil et Ranvier, Rindfleisch, Spietschka Natanson et Ballaban (L'observation de ces trois derniers auteurs se trouvent à la fin de l'ouvrage).

Au préalable, il est curieux de noter que cette corne papillome type, avait poussé chez une malade ayant des antécédents familiaux importants. « Sa grand'mère est morte d'un cancer de l'utérus, son frère d'un cancer de l'estomac, et sa sœur a été atteinte, il y a 6 ans, d'un épithélioma typique et mélanique du *limbe cornéen* de l'œil droit. Cet épithélioma, enlevé et cautérisé à cette époque, a récidivé une fois, mais depuis deux ans la cicatrice opératoire n'a été le siège d'aucune

récidive. Le centre de la cornée est bien transparent et cet œil a une bonne vision ».

Cette corne n'a subi aucun travail de dégénérescence, son origine papillaire est incontestable.

La tumeur a été durcie dans l'alcool, incluse dans la celloïdine et colorée à la thionine, à l'hématoxyline et au picro-carmin.

Examinée au préalable à un fort grossissement, la tumeur se compose de deux parties : une partie prééminente, allongée, sans coloration ou très faiblement colorée et formée par du tissu kératinisé ; l'autre formant la base de la tumeur et résultant de l'agglomération de plusieurs papilles dont l'épithélium est fortement hyperplasié et emboîte la partie cornée. Ce qu'il y a de remarquable dans cette préparation, c'est que le tissu kératinisé semble formé de plusieurs parties séparées les unes des autres par des lamelles cornées imbriquées lâchement les unes dans les autres. Chacune d'entre elles apparaissent nettement comme faisant partie des papilles sous-jacentes. Chaque papille a donc son tissu kératinisé propre.

Il est vrai que l'éclaircissement trop prononcé dans un certain endroit peut être dû à une disjonction ou à un tiraillement de la préparation, mais il est certain que cette disjonction a amené la désagrégation des cellules cornées à leur point le plus faible, c'est-à-dire à leur union avec les cellules cornées des autres éléments papillaires. Vers le sommet, il semble qu'il y ait une fusion à peu près intime de toutes ces parties cornées.

A un fort grossissement, chaque élément du tissu

kératinisé est formé de plusieurs lamelles homogènes réfringentes, sans éléidine, imbriquées les unes dans les autres et dont l'imbrication affecte une forme spéciale à concavité, dirigée vers la base, c'est-à-dire encapuchonnant l'extrémité de la papille. On peut de plus remarquer dans quelques préparations de cette tumeur de petites formations rondes (voir figure 2) dans lesquelles on peut encore reconnaître, surtout dans la périphérie, des éléments épithéliaux en voie de kératinisation et renfermant des grains d'éléidine. Cette formation dans le tissu kératinisé représente la section de l'extrémité de la partie épithéliale d'une papille. Elle revêt la forme d'un globe épidermique à cause de son tissu corné presque central et de son tissu épithélial périphérique, en voie de kératinisation avec production d'éléidine. Cette disposition est due à la coupe superficielle d'une extrémité papillaire de forme irrégulière.

La partie épithéliale non kératinisée est fortement hyperplasiée, surtout dans ces couches superficielles qui contiennent un grand nombre des éléments épithéliaux riches de grains d'éléidine ; aucune altération spéciale n'est à signaler. Cette zone granuleuse apparaît nettement sur certaines papilles, limitée et distincte du tissu corné, mais sur une d'entre elles elle semble se continuer avec celui-ci sans limite précise (voir figure 12.) Les masses épithéliales interpapillaires gardent le même ordre que les papilles et conservent l'aspect et la disposition de boyaux interpapillaires. A la base des papilles, à la partie supérieure du derme, on remarque une légère infiltration d'éléments cellulai-

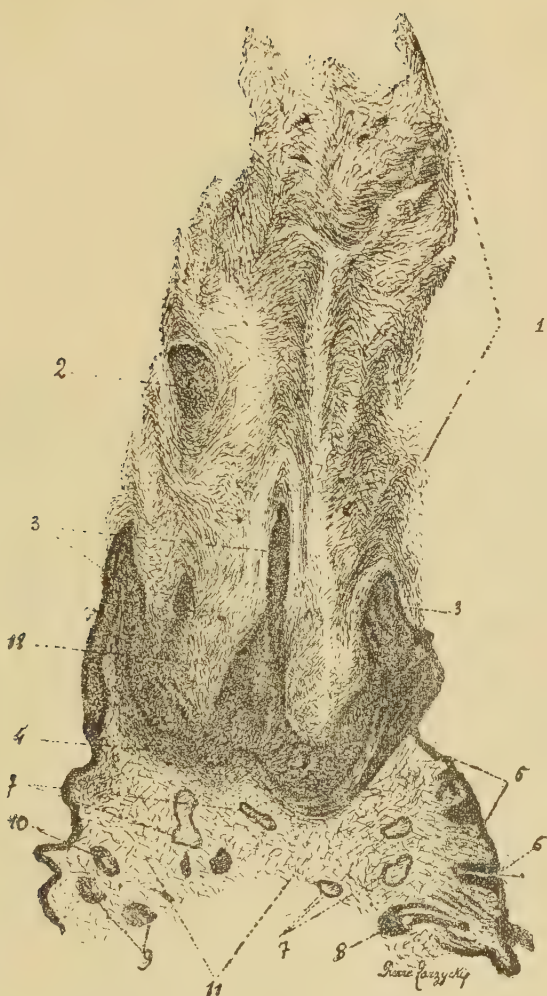
res suivant le contour très accentué de papilles hypertrophiées (voir figure 4). Cette infiltration a sans doute pour cause une action mécanique exercée sur la corne ou un traumatisme ; sa fréquence sur les cornes des paupières s'explique par ce fait que leur siège et leur mobilité remarquable, par suite de la laxité des téguments sous-jacents et de la finesse, de la mobilité de la peau elle-même, les exposent plus facilement aux chocs.

L'élément conjonctif suit le même degré d'hypertrophie que les papilles sus-jacents ; on n'y voit point de ramifications épithéliales partant de ces dernières pour s'enfoncer dans le derme.

Tout autour de la base de la tumeur, se continue la peau légèrement atrophiée. Le derme contient en outre des vaisseaux dilatés et gorgés de sang, participant à l'hypertrophie des autres éléments. On y trouve même des follicules pileux coupés, dans le sens transversal ou oblique et quelques glandes pilo-sébacées.

Cette pièce a été également soumise à l'examen microscopique pour la recherche du glycogène. Suivant la méthode de M. Brault, chaque coupe a été fixée à l'alcool à 95°, puis placée sur une lame où elle subit une demi-dessiccation. Ensuite on y a fait agir la gomme iodée et la préparation resta ainsi pendant 24 heures. Examinée au microscope, la coloration brun acajou que doit prendre le glycogène ne nous est apparue dans aucun élément du papillome, sauf dans quelques cellules jeunes et actives des papilles.

L'examen de cette tumeur prouve donc, d'accord avec l'histologie, son caractère de bénignité.



Corne palpébrale de 5 millimètres, siégeant à la paupière supérieure droite (Observation II).

1. Élément corné de la tumeur. — 2. Section oblique de l'extrémité d'une papille. — 3. 3. Hyperplasie épithéliale des papilles, ayant, chacune leur kératinisation propre et bien distincte. — 4. Couche d'infiltration cellulaire. — 5. Papilles atrophiées de la base de la tumeur. — 6. Follicule pileux. — 7. 7. Vaisseaux sanguins. — 8. Glande sébacée. — 9. Section transversale d'un follicule pileux. — 10. Section de la base d'une papille. — 11. Tissu connectif. — 12. Papille dont la zone granuleuse, sans limite distincte avec le tissu corné, est en voie de kératinisation.

CHAPITRE III

Etiologie.

Les cornes s'observent dans les deux sexes, chez des individus d'âge avancé, rarement au-dessous de 40 ans. Elles font leur apparition, tantôt sur la peau saine, tantôt sur une peau qui est manifestement sénile et atrophique semée de croûtes séniles plus ou moins accentuées, qui a subi diverses altérations pathologiques, par exemple, le Kératome sénile.

La paroi interne des Kystes sébacés ou plutôt folliculaires, pourrait donner naissance à des cornes, de même que celles-ci pourraient naître sur des cicatrices.

Elles peuvent coexister avec d'autres maladies cutanées, d'autres néoplasmes, comme dans l'observation II.

Quant à la diathèse arthritique, elle est le plus souvent reconnue dans toutes les tumeurs en général.

CHAPITRE IV

Symptomatologie.

Les cornes se montrent quelquefois sous forme d'excroissances plates, le plus souvent pourtant, ce sont des productions allongées, coniques ou un peu aplaties, droites ou contournées en spirales, incurvées en arc, leur sommet est ordinairement simple, rarement bifurqué; elles sont d'ordinaire mobiles, participant aux impulsions que la peau reçoit des muscles sous-cutanés à moins que l'inflammation chronique du tissu cellulaire sous-jacent à la base n'ait immobilisé celle-ci.

Les dimensions de ces productions sont variables, elles peuvent atteindre la longueur de 2 à 3 centimètres et même plus, leur diamètre varie de $1/2$ à 2 centimètres, leur consistance est à peu près celle des ongles, les parties les plus fermes composent le sommet de la végétation, tandis que la substance de la base de formation plus récente est d'une consistance beaucoup moins considérable. Leur coloration varie entre le jaune grisâtre et le brun, elle est d'autant plus foncée qu'on se rapproche davantage du sommet; leur surface porte des striations transversales et des canne-

lures longitudinales qui suivent les contours des spires, quelquefois elle est rugueuse, inégale, mamelonnée, couverte d'aspérités.

« Au début de leur formation, les productions cornées constituent de petites proéminences coniques, molles, flexibles, enveloppées d'une couche épidermique qui les fait paraître enkystées; au fur et à mesure qu'elles grandissent, elles deviennent plus dures, d'une coloration plus foncée; la couche épidermique qui les recouvrait, soulevée par l'excroissance, se déchire et finit par former autour de la base une sorte de gaine qui s'élève plus ou moins haut, elles tombent quelquefois spontanément mais elles se reproduisent avec opiniâtreté ».

La forme, la couleur, la consistance, le siège, la structure et l'odeur que ces appendices exhalent par la combustion, les distinguent suffisamment des croûtes sèches, dures pyramidales, qui surmontent quelquefois les ulcères syphilitiques, cancéreux et scrofuleux.

Les productions cornées se développent toujours avec lenteur. Elles sont rarement douloureuses par elles-mêmes, mais peuvent le devenir par l'irritation et l'inflammation chronique de la base, par l'implantation de l'extrémité libre et recourbée dans le tégument ambiant, ou enfin par les entraves qu'elles opposent aux mouvements des paupières, le larmolement, par l'ectropion et le catarrhe conjonctival consécutif. « Elles « reparaissent opiniâtrement après la section par la ligature, et les productions ultérieures sont souvent moins « compactes et d'une conformation moins régulière

« que les premières, parfois elles tombent à la suite
« d'un travail ulcératif qui s'empare de leur base ;
« mais cette chute peut être tout-à-fait spontanée ;
« elle s'accomplit même dans le cas en vertu d'une
« sorte de mue périodique. Dans le fait rapporté par
« Ritter, la mue avait lieu vers l'équinoxe du printemps ;
« jamais ou presque jamais cette chute spontanée n'a
« été suivie de guérison définitive ».

Les individus atteints de végétations cornées jouissent ordinairement d'une santé régulière ; ces productions constituent rarement une affection sérieuse par elle-même, elles peuvent devenir graves : « par leur
« siège, par leur accroissement continu qui amène peu
« à peu l'extrémité libre et incurvée à léser les parties
« du tégument plus ou moins éloignées ; par les inflammations douloureuses, les cancroïdes mêmes qui peuvent se produire à leur base continuellement irritée
« par les chocs, frottements, les mouvements imprimés à la corne ; enfin par l'influence morale
« dépressive qu'elles exercent quelquefois, sur le
« sujet ».

Les irritations locales ont provoqué manifestement le développement de ces excroissances.

CHAPITRE V

Diagnostic.

On devra faire le diagnostic avec l'épithélioma végétant, la Verrue vulgaire, le *Molluscum contagiosum*, le Nœvus kératosique ou papillomateux, le Kératome sénile et l'Icthyose.

Le diagnostic de cette tumeur est parfois difficile à établir avec un épithélioma corné, à son début, tellement l'aspect clinique semble identique.

Le cancer épithélial de la peau proprement dit revêt plusieurs formes :

1° La forme profonde d'emblée avec ulcération précoce.

2° La forme ulcéreuse.

3° La forme végétante dont le diagnostic est à faire avec la corne. Dans cette dernière forme, le cancer débute par une petite tumeur superficielle du volume d'un pois, hémisphérique, saillante, qui s'ulcère consécutivement, ou bien c'est un épithélioma ulcéreux qui devient végétant. « Quand on a enlevé la croûte qui la recouvre habituellement, on trouve une masse fongueuse, mamelonnée, assez molle, mais très friable et saignant très-facilement, sa surface secrète un ichor modérément abondant qui se dessèche en croûte. Il y a

peu d'infiltration sous-jacente et la tumeur est généralement mobile sur les parties profondes ; elle paraît être toute en saillie ». Il peut arriver cependant que cette forme arrive à infiltrer des tissus sous-jacents et à se généraliser dans les ganglions.

La marche du cancroïde palpébral est très variable parfois elle est extrêmement lente surtout dans la forme papillaire. Boyer cite une observation dans laquelle la tumeur mit 27 ans à se développer. De Wecker dit avoir soigné un malade chez lequel un épithélioma corné datait de 29 ans.

L'histologie pourra seule confirmer le diagnostic, il sera donc utile de prélever un fragment de la tumeur (biopsie) et d'en faire l'examen qui donnera les constatations suivantes :

1° Le point de départ de l'épithélioma est le plus souvent l'épiderme de revêtement qui pousse des prolongements dans le derme et y forme des nids.

2° Les cellules néoplasiques sont groupées en amas arrondis volumineux centrés par un globe corné ou en longs boyaux anastomosés, et constituant des types dits lobulés et tubulés.

On pourrait aussi rechercher la présence du glycogène comme a longuement insisté M. Brault pour les tumeurs en général.

—Les *Verrues* sont de petites tumeurs cutanées, généralement arrondies, souvent rugueuses, quelquefois papilliformes, inégalement fendillées, d'autres fois lisses à leur surface, presque toujours indolentes. Leur volume est très variable ; au lieu d'être formées

par une pointe unique, elles sont formées d'un pinceau de pointes cornées divergeant d'une base commune.

Le *Molluscum contagiosum* qui siège généralement à la face, aux paupières, est constitué par de petites tumeurs du volume d'un grain de chenuevis à un pois, « saillantes, très dures, faisant corps avec la peau, nettement limitées, sans infiltration profonde et sans réaction inflammatoire. Leur couleur est d'un blanc nacré et leur surface lisse est interrompue au sommet par un ombilic plus ou moins large où l'on distingue une apparence papillaire ». Si on les comprime latéralement, on en fait sortir par expression une substance blanche granulée, qui sous le microscope se montre formée de corpuscules.

Quoique saillant et dur, il diffère de la corne par l'ombilication du sommet, sa surface lisse et nacrée.

Le *Nævus corné* ou *nævus kératosique* est constitué par une hyperkératose affectant primitivement, soit le pourtour des orifices sudoripares, soit le revêtement épidermique des crêtes papillaires, il se présente sous la forme d'une production cornée, dure, jaunâtre, irrégulière, gagnant plutôt en surface qu'en longueur, ce qui le distingue de la corne véritable.

Le *Kératome sénile* s'observe assez souvent aux paupières. Il est formé de plaques écailleuses grises, jaunes ou noirâtres, de grandeur variable, plus ou moins saillantes et tout à fait indolentes, constituées par un amas de squames épidermiques adhérentes, tantôt molles, tantôt dures, sèches, à structure papillaire

et difficile à arracher. Mais l'irrégularité de leur forme, leur faible saillie et la dissémination de ces plaques sur le reste du visage les différencient de la corne.

Dans l'*Ichtyose*, l'épiderme corné forme des plaques épaisses, dures, limitées et séparées les unes des autres par des fissures profondes aux dépens desquelles se font les mouvements. Ces plaques atteignent une épaisseur de plusieurs millimètres suivant les régions. Aux paupières à cause des plis nombreux qui s'enchevêtrent les uns dans les autres, les plaques peuvent être très petites, assez saillantes « formant de petits blocs cubiques ou même des pointes saillantes comme des épines serrées les unes contre les autres », et pouvant simuler dans certains cas une multitude de petites cornes.

Il suffit de citer tous ces caractères pour éviter toute confusion.

CHAPITRE VI

Pronostic.

Le pronostic est bénin dans la grande majorité des cas, surtout si on a enlevé la tumeur avec une bonne partie de peau saine.

La transformation en épithélioma malin serait toujours possible comme pour toutes les cornes cutanées, mais elle resterait tout-à-fait exceptionnelle à condition de ne pas confondre avec une corne des productions épithéliomateuses compliquées ultérieurement de production cornée.

Un nouveau point très intéressant serait la recherche du glycogène dans ces tumeurs au point de vue du pronostic « L'apparition du glycogène dans les tumeurs, « dit M. Brault, a une valeur d'autant plus grande « que cette substance ne se rencontre jamais dans les « tissus normaux ou les organes après la naissance, « sauf le foie, les muscles et les cartilages. Comme « elle est exactement proportionnelle à l'intensité de « développement des tumeurs, on peut, en se basant « sur les variations qu'elle présente, tirer des conclusions fermes touchant le pronostic ». Le Glycogène

« ne persiste que dans les cellules en pleine activité ».
« Le Glygogène étant d'autant plus abondant que la
« tumeur présente un développement plus rapide, le
« coefficient glycogénique d'une tumeur indique son
« degré de malignité ».

CHAPITRE VII

Traitement.

L'on peut chez les sujets qui refusent l'opération recourir à l'emploi d'un certain nombre de topiques qui ont été déjà employés contre les papillomes de consistance variable telle que les verrues et aussi contre les cors et durillons.

Le collodion salicylé est certainement l'un des plus efficaces.

Quant aux cautérisations par les acides violents : nitrique, acétique, sulfurique, les bases caustiques, le chlorate de potasse, ou certains sucres corrosifs de diverses plantes, nous les croyons dangereuses pour la paupière où elles pourraient entraîner de graves rétractions avec ectropion, dangereuses pour l'œil où elles pourraient altérer la conjonctive et la corne.

Enfin nous croyons que ce traitement par les acides, pourrait dans une certaine mesure exciter la reproduction de la corne et favoriser peut-être sa transformation maligne.

Pour le sujet refusant formellement l'opération, le collodion salicylé au 1/10 serait peut-être le seul traitement recommandable en protégeant l'œil, mais dans

tous les autres cas il conviendra d'enlever la corne. On se gardera de couper le pédicule au ras avec les ciseaux. Il sera toujours convenable, ainsi que M. A. Terson y a insisté, de dessiner un petit losange de peau saine entourant d'assez loin le pédicule.

La cicatrisation avec ou sans suture, suivant les cas, réduit ce losange à une cicatrice linéaire perdue dans les plis de la paupière. La dimension et la direction du losange seront choisies de façon ne à pas déterminer d'ectropion suivant le point de la paupière où se trouve la corne et de façon à éviter une cicatrice disgracieuse. Dans le cas d'une corne extrêmement volumineuse, on s'inspirera des mêmes principes, mais on pourra être obligé de compliquer l'opération par une autoplastie immédiate ou secondaire, s'inspirant des règles multiples qui doivent guider le traitement chirurgical des épithéliomas palpébraux.

L'opération devrait être toujours beaucoup plus large pour un épithélioma corné, qu'il soit primitif ou consécutif à la corne. Dans ce cas-là on rentre tout-à-fait dans le traitement du cancer.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite).

D^r A. Terson. Corne de la paupière inférieure gauche. Ablation pas de récidence.

Mlle Céline B..., âgée de 27 ans, consulte le 24 février 1901 le D^r A. Terson pour une petite excroissance palpébrale qui repousse sans cesse. Il est facile de constater sur la partie moyenne de la peau de la paupière inférieure, gauche une petite corne palpébrale de 5 millimètres de longueur tenant à la peau par un pédicule extrêmement étroit. Ablation le jour même, en comprenant le pédicule dans un petit losange de peau saine. Pas de suture, guérison rapide. Aucune récidence depuis.

La malade ne présente dans ses antécédents personnels ou héréditaires rien qui se rattache à la diathèse néoplasique.

OBSERVATION II (Inédite).

D^r A. Terson. Corne de la paupière supérieure de l'œil droit. Ablation, pas de récidence. Antécédents familiaux importants. Examen histologique pratiqué déjà décrit au chapitre de l'anatomie pathologique.

Mme M.... demeurant rue Rollin, âgée de 42 ans, cou-

turière, est atteinte depuis 1 an 1/2 d'une excroissance dure qui se trouve sur la peau de la paupière supérieure de l'œil droit, à 2 millimètres au-dessus de la commissure externe.

De temps à autre, une sorte de fragment corné s'en détache et repousse bientôt.

M. le Dr A. Terson qui est consulté le 16 janvier 1901, constate l'existence d'une petite corne palpébrale de 5 millimètres de longueur et en pratique l'ablation, en ayant soin de comprendre le pédicule dans un petit losange (à grand diamètre horizontal) de peau saine. Le pédicule est saisi avec une pince-érigne et le losange dessiné au bistouri est excisé avec la corne d'un coup de ciseaux.

Il n'y a pas eu de récurrence.

Il n'y avait aucun ganglion engorgé dans les régions préauriculaire et sous-maxillaire.

La malade est rhumatisante et a des fibro-myomes utérins, elle présente au point de vue néoplasique des *antécédents familiaux importants*. Sa grand'mère est morte d'un cancer de l'utérus, son frère d'un cancer de l'estomac, et sa sœur a été atteinte, il y a 6 ans d'un *épithélioma* typique et mélanique du limbe cornéen de l'œil droit. Cet épithélioma enlevé et cautérisé par M. le Docteur Terson à cette époque, a récidivé une fois, mais depuis deux ans la cicatrice opératoire n'a été le siège d'aucune récurrence. Le centre de la cornée est bien transparent et cet œil a une bonne vision.

OBSERVATION III (Inédite).

D^r A. Terson. Corne volumineuse de la paupière supérieure gauche.

M. le D^r. A. Terson a également en janvier 1900 enlevé à une femme de 50 ans une corne volumineuse de 13 millimètres de longueur siégeant sur la peau de la paupière supérieure gauche, à 1 millimètre au-dessus du bord ciliaire. L'ablation avec losange de peau saine comprenant le pédicule a donné une guérison sans récurrence. L'observation sera prochainement publiée par le D^r A. Terson.

OBSERVATION IV (Personnelle).

Prise à l'hôpital de la Salpêtrière.
Corne de la paupière supérieure gauche.

Mme A... 65 ans, se présente en novembre 1900 à la consultation de chirurgie de la Salpêtrière.

Sur la paupière supérieure de l'œil gauche se remarquait une production cornée dont le début remontait à 3 ans environ.

Cette corne siégeait à 12 millimètres de la commissure externe et à 15 millimètres du bord ciliaire. Sa longueur était de 8 millimètres et son diamètre à la base 3 millimètres environ.

Elle présentait une coloration brunâtre, sa consistance, dure et cornée.

Sa surface paraissait inégale, rugueuse et striée et son sommet exfolié.

Il n'existait nulle part ailleurs de production semblable.

L'état général de la malade était satisfaisant et rien n'était à relater dans ses antécédents personnels ou héréditaires au point de vue de la diathèse néoplasique.

La malade n'a pas été revue.

OBSERVATION V

Panas et A. Terson(*Bulletin de la Société de dermatologie et de syphiligraphie. loc. cit.*). 1875.

Un cas de corne palpébrale.

L'observation et les pièces histologiques proviennent d'un homme de 56 ans, venu à la consultation de l'Hôtel-Dieu, pour une néoplasie cutanée du bord libre de la paupière supérieure droite : le début avait eu lieu 4 ans auparavant par une petite croûte au milieu des cils et qui fut plusieurs fois enlevée avec l'ongle, à la suite des démangeaisons qu'elle provoquait.

L'évolution ne fut en rien entravée, ni par des pomades, ni par des cautérisations pratiquées par divers médecins.

M. Panas fit au bistouri l'ablation assez large de cette corne palpébrale qui, née au niveau du bord ciliaire, avait empiété sur la peau de la paupière. Il n'y eut ni cautérisation, ni suture consécutive, et l'opération faite il y a plus d'un an, semble avoir prévenu toute récurrence.

Dans les antécédents du malade, aucune affection oculaire antérieure, aucune blépharite, mais antécédents arthritiques (rhumatismes fréquents, calvitie, déformation

des orteils). Il était cultivateur ; ni son visage, ni ses doigts ne présentaient de verrues.

L'examen histologique que j'ai pratiqué démontre qu'on se trouve en présence d'une corne cutanée typique, composée de larges bourgeons épidermiques, dont les couches superficielles se transforment en épaisses couches de cellules très allongées, en écheveaux constitués par une substance cornée. Vers la base de cette corne constituée surtout par les papilles hypertrophiées se trouvent un certain nombre de globes épidermiques cornés. La hauteur de la corne est de 1 centimètre $1/2$.

OBSERVATION VI

Shaw.De Wecker et Landolt.Traité d'Ophthalmologie.(*loc.cit*).

La corne fut observée chez un Irlandais âgé de 56 ans ; elle avait pris 6 ans pour se développer et mesurait un pouce $1/2$ (quatre centimètres $1/2$) de longueur sur une semblable étendue de circonférence à son point d'implantation. Une pareille corne ayant occasionné un faible *ectropion* et du larmolement, s'était éliminée spontanément, mais fut suivie rapidement de cette nouvelle excroissance qu'on enleva par une incision circulaire.

OBSERVATION VII

Soelberg Wells,(De Wecker et Landolt.Traité d'Ophtolm.)(*loc.cit*).

Sur un homme de 76 ans, la corne siégeait sur la pau-

pière inférieure droite. Elle mesurait un pouce de longueur et avait mis dix mois à se développer.

Bowman enleva cette corne par une incision en V qui fut réunie par une ligature entortillée, elle avait 2 centimètres de long sur une largeur d'implantation égale.

OBSERVATION VIII

Natanson. Sur la structure de la corne cutanée (Wratch 1899, (*loc. cit.*).

Il observa chez un ouvrier, âgé de 18 ans une corne de la paupière supérieure droite, qui a commencé à se développer depuis 2 mois, sans cause évidente. Ce petit néoplasme avait une forme cylindrique de 4,5 millimètres de longueur et de un $1/2$ — 2 millimètres d'épaisseur. Son sommet était fendu en minces faisceaux. La couleur de la corne à sa base était jaunâtre, au milieu gris brun et au sommet presque noir.

L'examen microscopique démontre que la corne consistait en papilles cutanées très-hypertrophiées, couvertes d'épithélium épaissi, dont la plus grande partie se transformait en corne.

OBSERVATION IX

Charles-Théodore duc de Bavière. Observation de corne cutanée de la paupière supérieure (Klin. Monatsbl. septembre 92 (*loc. cit.*).

Etude macro et microscopique d'une corne cutanée, longue de 4, 5 centimètres, développée sur la paupière supé-

rière droite et dont la pointe descendait presque au niveau du bout du nez. Il s'agit d'une véritable excroissance épidermoïdale mais sans participation des papilles.

OBSERVATION X (*loc. cit.*).

Ewetzky. (Société d'Ophtalmologie de Moscou, 9 février 1899).

Un cas de corne cutanée de la paupière supérieure.

Il eut l'occasion d'observer un homme âgé de 72 ans, qui avait sur la partie externe de sa paupière supérieure gauche une corne de 3 centimètres 1/2 de largeur, de 2 centimètres de longueur et 1 centimètre d'épaisseur. La pointe de la corne était cassée et présentait une surface irrégulière divisée en petites parcelles. Cinq ans auparavant, il s'y trouvait une tumeur quelconque qui depuis un ans commença à croître sous forme d'une corne et atteignit rapidement 2 centimètres de longueur après quoi sa pointe se cassa.

OBSERVATION XI

Dr Lagrange. (Annales d'oculistique, 1893, (*loc. cit.*)).

Un cas de corne palpébrale. Observation clinique.

MM.... âgé de 60 ans, d'une constitution vigoureuse et sans antécédents héréditaires notables, vient me consulter le 2 juin 1892, pour une corne qu'il porte sur la paupière inférieure gauche.

Le début du mal remonte à un grand nombre d'années ; pendant un séjour prolongé qu'il fit à Cuba, et à une époque qu'il précise mal, le malade a constaté un petit bouton

qui avec des intermittences diverses n'a cessé de grossir, et qui siégeait exactement au niveau de la corne actuelle. Il tenta à plusieurs reprises de s'en débarrasser, et pour cela se mit entre les mains d'empiriques quicautérisèrent, incisèrent incomplètement la production morbide. Cette thérapeutique insuffisante ne fit qu'aggraver le mal, et dans ces derniers temps, malgré une cautérisation à l'ammoniaque, plus énergique encore que les précédentes, la corne prit un développement rapide assez inquiétant, pour que le malade jugeât enfin nécessaire de consulter un chirurgien.

A ce moment, la corne atteint une longueur de 2 centimètres 2 millim., sa base d'implantation à peu près arrondie atteint les dimensions d'une pièce de 0,50 centim. ; un léger bourrelet en limite le pourtour ; la peau seule est adhérente au néoplasme qui glisse aisément sur le tissu lâche sous-jacent, en un mot, il est facile de constater tous les signes habituels de ce genre de tumeur.

L'ablation au bistouri est pratiquée le 6 juin 1892. L'examen histologique, dont les résultats ont été soumis à l'appréciation de la Société anatomique de Bordeaux, dans la séance du 11 Juillet 1892, a révélé les détails déjà décrits dans le texte (Chapitre d'Anatomie pathologique).

OBSERVATION XII

Ballaban. (*Archives d'Ophthalmologie, loc. cit.*) Cornes de la paupière inférieure de l'œil droit. Ablation. Examen microscopique décrit dans le texte (Anatomie pathologique).

Mme X..., 46 ans a été vue le 7 mai 1896, elle présentait

sur le bord libre de la paupière inférieure de l'œil droit une petite corne qui a été excisée.

La malade revint 3 mois après, une autre petite tumeur de même aspect apparut non loin de la 1^{re}, on en fit également l'ablation et on soumit les deux tumeurs à l'examen microscopique.

OBSERVATION XIII

Achenbach. Contribution à l'étude des cornes cutanées des paupières. (*Archives de dermatologie, loc. cit.*)

Corne de la paupière inférieure droite. Ablation. Examen microscopique.

Le cas recueilli par Achenbach est le suivant : Femme de la campagne, 58 ans ; corne à la paupière inférieure droite de forme conique, recourbée dans le sens de la longueur. Elle présentait une consistance élastique à la base et ferme au sommet. Sa longueur était de 12 à 13 millimètres et son plus grand diamètre à la base 7 millimètres.

OBSERVATION XIV

Docteurs de Wecker et Masselon. (*Traité d'Ophthalm : loc. cit.*).

Corne sur la paupière inférieure gauche.

Un homme, 40 ans environ, présentait une corne implantée sur la paupière inférieure gauche et mesurait 15 millimètres de longueur sur 6 millimètres de largeur.

OBSERVATION XV

Valsham (Pathological Society, London 1880). (*loc. cit.*

Excroissance cornée de la paupière inférieure gauche.

L'excroissance fut enlevée par Marshall à la paupière inférieure de l'œil gauche d'une vieille femme de 87 ans chez laquelle elle s'était développée depuis deux mois. Elle avait pris son origine dans une petite tumeur sébacée qui existait déjà depuis plusieurs années. L'excroissance mesure 1 pouce $\frac{1}{4}$ (4 centimètres) de longueur et 1 pouce $\frac{1}{8}$ (3 centimètres $\frac{1}{2}$) de diamètre à sa base. Extérieurement, elle présente une consistance cornée ; intérieurement elle est composée de matière blanche molle paraissant être de la matière sébacée.

A l'examen microscopique, la tumeur paraît être composée particulièrement de cellules épithéliales. Les cellules près de la surface sont comprimées latéralement pour former la couche cornée. Des bourgeons épithéliaux se remarquent de place en place, s'étendent longitudinalement à travers la masse générale des cellules. Sur une section transversale, les cellules composant ces colonnes, apparaissent rangées concentriquement ; les cellules internes ayant une forme quelque peu irrégulière et les cellules plus externes étant aplaties et comprimées latéralement.

Sur cette section on a l'aspect de nids épithéliaux caractéristiques de l'épithélioma. Sur la section de quelques-uns de ces bourgeons, on trouve une lumière centrale due à ce que les cellules centrales ont disparu ou à ce que le bourgeon se serait creusé.

Dans quelques-uns des bourgeons, il y a des cellules graisseuses.

D'après Jones et Sieveking, ces excroissances prendraient leur origine dans les follicules sébacés dont l'épithélium desquamé en quantité excessive et anormale, et mêlé avec les sécrétions graisseuses forme une masse conique qui fait saillie vers la peau et est continuellement poussé au dehors par les sécrétions qui se font à la base du follicule. Mais l'examen microscopique de cette corne démontre que par suite de la petite quantité de matière huileuse, de la grande abondance des éléments épithéliaux il paraît probable que c'était une prolifération épithéliale plutôt qu'une excroissance provenant d'un follicule sébacé

OBSERVATION XVI

Mitvalsky. Etude des cornes palpébrales (*loc. cit.*). Corne de la paupière inférieure droite. Ablation. Pas de récurrence. Examen histologique décrit dans le texte. (Chapitre de l'anatomie pathologique).

Chez une femme de 40 ans s'était formé, il y a un an, du côté droit de la paupière inférieure « un petit fil », qu'elle arracha tout simplement. Dans la suite, une verrue parut à ce même endroit. La personne en fit la ligature à différentes reprises : la verrue tombe, mais repousse ensuite ; nouvelle ligature ; la verrue tombe encore, mais toujours aussi elle reparaît. Lorsque la verrue eut atteint la grosseur d'une noisette, la personne essaya une fois encore de la lier avec un cordonnet de cheveux : la verrue ne disparut plus, le cordonnet s'incarna, et, sous le

fil, l'excroissance ne continua pas moins d'augmenter, poussant en avant la partie antérieure, maintenant desséchée ; de telle sorte qu'au commencement de novembre 1892, un an par conséquent après le dernier essai de ligature on put faire cette constatation. Chez cette personne, bien nourrie, et très bien portante par ailleurs, la paupière inférieure droite était légèrement enflée, l'enflure cependant disparaît quand elle ferme les paupières. Juste au milieu de la paupière se trouve une corne typique de 4,2 centim. de longueur dont la base, ovale et horizontalement placée, mesure à son diamètre longitudinal 1 centim. 5 et 1 centim. 2. La corne est arquée, inclinée vers le nez et quelque peu poussée vers le dehors, de manière que sa pointe atteigne l'os zygomatique. La partie supérieure de la base est éloignée du bord de la paupière de 2 millimètres

On distingue clairement 3 parties dans cette corne.

La partie inférieure, ayant à peu près un centim. de longueur, s'élève progressivement de la surface de la peau et est recouverte d'une fine membrane qui forme suite avec la première ; sa couleur est d'un jaune sale, sa consistance élastique, de sorte que le Dr Smidrkal crut même à la présence d'un athérome ou d'un lipome.

La partie centrale, ayant à peu près 2 centim. de longueur, a la transparence de la corne et le verdâtre de l'olive. Elle est sillonnée dans sa longueur et semble se composer de colonnes rangées parallèlement. Elle est dure de consistance, et sa solidité augmente visiblement vers l'extrémité de la corne.

Là-dessus est maintenant posée la troisième partie, dure comme la corne et de couleur noire. Elle est séparée de la

partie centrale, par deux sillons. Entre ces deux sillons est enfermé un nœud. Il n'y a pas de doute que cette partie supérieure ne corresponde à cette première excroissance que la personne avait strangulée d'un fil, mais qui loin de tomber fut au contraire, par suite du continuel accroissement de la corne, soulevée et poussée en avant.

L'extirpation fut faite le 4 novembre 1892 par le D^r Smidrkal. Il retira à la fois et la corne avec sa base, et le tissu conjonctif sous-cutané. La guérison complète suivit et jusqu'ici point de rechute.

Voulant conserver cette excroissance, on la mit dans un liquide Muller, le résultat fut que la partie centrale gonfla visiblement et que le nœud du cordonnet de cheveux se dénoua de lui-même de sorte que le lien, invisible jusqu'ici par suite de son incarnation, reparut de nouveau.

OBSERVATION XVII

Spetschka. (Arch. fur Dermat 1898, (*loc cit.*) 'Corne de l'angle interne de l'œil droit.

Il s'agit d'une malade, âgée de 70 ans, atteinte de séborrhée sénile et présentant à 1 centimètre en dedans et en bas de l'angle interne de l'œil droit une production cornée. Cette corne avait une longueur de 2 centimètres et une largeur de 2 millim. Sa forme était conique, sa coloration jaunâtre, sa consistance très dure et sa surface striée longitudinalement. La peau, à l'insertion de la tumeur, présentait une légère rougeur.

OBSERVATION XVIII

Spietschka. (Arch. fur Dermat. 1898). (*loc cit*). Corne de la paupière supérieure gauche. Examen histologique.

Chez un homme de 59 ans, s'était formée il y a un an, une production cornée qui siégeait exactement sur la moitié externe de la paupière supérieure gauche, à 1 millimètre au-dessus du bord ciliaire.

Cette corne avait une longueur de 4 millim. et une largeur de 1 millim 1/2. Sa forme était conique et sa coloration gris-jaunâtre. Sa surface présentait des stries longitudinales. Tout autour de l'extension de la tumeur il y a une légère rougeur de la peau.

Antécédents héréditaires. — Rien.

Antécédents personnels. — Le malade présentait en même temps un épithélioma de l'oreille.

Examen histologique.

Cette corne est formée d'un petit groupe de papilles allongées, hypertrophiées et montrant les mêmes altérations. Au dessus de chaque papille, on a la formation d'un tissu kératinisé, à lamelles parallèles les unes aux autres.

Il est facile de se rendre compte de la transformation de l'extrémité des papilles en lamelles cornées.

On reconnaît donc aisément l'origine papillaire de cette tumeur.

OBSERVATION XIX

Spietschka (*Arch. für. Dermat.* 1898, *loc. cit.*).

Corne de la paupière supérieure gauche et de la paupière inférieure gauche, chez la même malade.

Il est apparu, il y a 6 ans, sur la paupière inférieure gauche de la malade, âgée de 76 ans, une petite verrue qu'elle chercha à arracher avec les ongles. Cette petite verrue cependant se reforma toujours, en devenant de plus en plus longue et dure. Cette petite tumeur a été enlevée avec des ciseaux par le professeur Satteler, et la plaie a été suturée. Trois mois après, elle a récidivé, et, depuis deux ans, une semblable production apparut à la paupière supérieure du même œil.

Ces deux cornes ont été enlevées à la Clinique ophtalmologique avec la curette, mais trois mois après elles réapparurent.

Actuellement, la malade, qui présente une atrophie sénile de la peau et plusieurs verrues localisées sur des régions diverses de la tête, se présente avec deux cornes, l'une à la paupière supérieure, l'autre à la paupière inférieure siégeant près du bord ciliaire, et dans le voisinage de l'angle externe de l'œil.

Celle de la paupière supérieure a une longueur de 17 millimètres, une largeur de 5 à 8 millimètres ; celle de la paupière inférieure a seulement une longueur de 10 millimètres.

CONCLUSIONS

1° Les cornes palpébrales sont des tumeurs formées principalement de tissus dermo-épidermiques, très saillantes et formant des proéminences.

2° Leur pathogénie a été très discutée. Certains auteurs, Hebra, Kaposi, leur donnent comme origine le réseau muqueux ; d'autres en font un épithélioma bénin à forme kératosique ou une hyperkératose précancéreuse, où la couche épidermique seule entrerait en jeu ; certains, sans l'appeler épithélioma en font une tumeur qui a une tendance naturelle à y aboutir. D'autres enfin voient dans un groupe de papilles leur origine première.

3° Les cornes sont des papillomes, c'est-à-dire des néo-formations à la fois conjonctives, épithéliales et vasculaires. Elles ne sont donc pas seulement constituées par une double « hyperplasie épidermique et fibreuse ». Les papilles jouent un rôle essentiel et forment, avec les deux autres éléments, conjonctif et épithélial, une proportion sensiblement égale.

4° Elles s'observent dans les deux sexes, chez les individus d'âge avancé, rarement au-dessous de 40 ans.

5° Elles forment des proéminences coniques, dures sèches, cornées, à surface rugueuse et inégale, d'une coloration variant entre le jaune grisâtre et le brun.

Quoique leur diagnostic clinique soit difficile à établir avec certains épithéliomas végétants, l'histologie nous renseigne avec exactitude. Quant aux verrues, au molluscum contagiosum, au nœvus kératosique, au kératome sénile, quant à l'ichthyose enfin, leur aspect clinique varie, soit par leur surface lisse, soit par l'irrégularité de leur forme, soit par leur extension plutôt en épaisseur et en largeur qu'en longueur, etc.

6° Le pronostic est bénin, mais comme pour toutes les tumeurs, la corne est susceptible de transformation épithéliale.

7° Le traitement consiste ou en des applications de collodion salicylé ou mieux et plus sûrement dans l'extirpation de la base d'implantation.

Vu par le président de thèse

CORNIL

Vu par le Doyen :

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris:

GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

Annales d'Oculistique, 1893.

Bulletins et mémoires de la Société française d'Ophtalmologie 1894.

Revue générale d'Ophtalmologie, 1898. Archives d'Ophtalmologie, 1895.

Besnier, Brocq et Jacquet. — Pratique dermatologique, 1900.

Hallopeau et Leredde. — Traité pratique de dermatologie, 1900.

Bulletin de la Société de dermatologie et de syphiligraphie, 1894.

Dechambre. — Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.

Fabré-Domergue. — Cancers épithéliaux. — Thèse Paris, 1898.

Brault. — Presse médicale art. : la désorientation cellulaire, 1899.

De Wecker et Landolt. — Traité d'Ophtalmologie tome 1^{er}.

Fuchs. — Manuel d'Ophtalmologie.

Lagrange. — Précis d'Ophtalmologie, 1897.

Cornil et Ranvier. — Anatomie pathologique, 1900.

Mitvalsky. — Ein Beitrag zur Kenntniss der Hauthörner der Augenannexa. Arch. für dermat. 1874.

Mibelli. — Corne cancéreuse. Atlas internat. des maladies rares de la peau.

F. Lagrange. — Traité des tumeurs de l'orbite, de l'œil et de ses annexes, tome 1^{er} 1900.

Fränke. — Ueber Hauthörner Langenbecks. Arch. für klin. Chir. 1886-1887.

Le Dentu et Delbet. — Traité de chirurgie. A Terson. Art. Œil. Tome V.

A. Terson. — Chirurgie oculaire. Paris, 1900.

Unna. — Das Fibrokeratom. Deutsche Zeit für Chir., 1880.

Dubreuilh. — Des hyperkératoses circonscrites. Annales de dermatologie, 1896.

Thibierge. — Ann. de dermatologie, 1898.

Brault. — Le pronostic des tumeurs basé sur la recherche du glycogène. Monographie chimique, 1899.

Spietschka. — Beitrag zur Histologie des cornu cutaneum. Arch. für dermat. 1898.

Raymond. — Osservazione giornale delle Academia di medi di Torino, avril 1871.

Pathological Society London, 1880.

TABLE

	Pages
INTRODUCTION	11
CHAPITRE I ^{er} . — Pathogénie.	13
CHAP. II. — Anatomie pathologique	27
CHAP. III. — Etiologie.	59
CHAP. IV. — Symptomatologie	60
CHAP. V. — Diagnostic.	63
CHAP. VI. — Pronostic	67
CHAP. VII. — Traitement.	69
OBSERVATIONS	71
CONCLUSIONS	86
BIBLIOGRAPHIE	88

